

L'EXTIRPATION
DE LA
GLANDE LACRYMALE
ET SES INDICATIONS

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 DÉCEMBRE 1886
PAR

Octave-Pierre-Élisabeth PEYRET

Né à Périgueux (Dordogne) le 3 Juillet 1861
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS	{	MM. BADAL, <i>président</i> .
		DEMONS.
		LAGRANGE.
		POUSSON.

PÉRIGUEUX
IMPRIMERIE TYPO-LITHOGRAPHIQUE J. BOUNET

Rue Bodin.

1886

L'EXTIRPATION
DE LA
GLANDE LACRYMALE
ET SES INDICATIONS

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 DÉCEMBRE 1886

PAR

Octave-Pierre-Élisabeth PEYRET

Né à Périgueux (Dordogne) le 3 Juillet 1861

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS	{	MM. BADAL, <i>président</i> .
		DEMONS.
		LAGRANGE.
		POUSSON.

PÉRIGUEUX
IMPRIMERIE TYPO-LITHOGRAPHIQUE J. BOUNET

Rue Bodin.

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

M. PITRES..... Doyen — M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... }
BITOT..... } Professeurs honoraires.

MESSIEURS

Anatomie...	BOUCHARD.
Physiologie.....	ORÉ.
Physique.....	MERGET.
Chimie.....	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie externe.....	AZAM.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Histologie et anatomie générale.....	VIAULT.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Thérapeutique.....	DE FLEURY.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Médecine expérimentale.....	JOLYET.
Matière médicale.....	PERRENS.
Clinique médicale.....	PICOT.
Clinique chirurgicale.....	PITRES.
Clinique obstétricale.....	DEMONS.
Clinique ophtalmologique.....	LANELONGUE.
	MOUSSOUS.
	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et médecine légale.....	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
Accouchements.....	DUDON.
	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.....	PLANTEAU.
	FERRÉ.
Histoire naturelle.....	NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie.....	BLAREZ.
Pharmacie.....	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRÉ	Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. BITOT	Maladies mentales.... N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR BADAL.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550214_0086

L'EXTIRPATION DE LA GLANDE LACRYMALE ET SES INDICATIONS.

INTRODUCTION ET PLAN.

M. le professeur Badal, au mois d'octobre 1885, publiait dans les *Archives d'Ophtalmologie* un article, que nous insérerons plus loin *in extenso*, sur un cas d'« *Extirpation de la glande lacrymale en totalité — portion orbitaire et portion palpébrale.* »

Dans cet article, M. Badal insiste sur certaines particularités relatives à l'anatomie et à la physiologie de cette glande, et de nature à jeter quelque lumière sur des points controversés.

Il était intéressant de reprendre, éclairée de ces nouvelles données, la question que nous nous proposons de traiter ; d'autant plus intéressant que, à notre connaissance, elle n'a jamais été exposée nulle part d'une façon complète.

M. le professeur Badal, toujours bienveillant pour ses élèves, nous a inspiré ce travail.

Qu'il reçoive l'expression de notre gratitude.

Plan. — Dans le premier chapitre, nous ferons l'historique de la question, qui, du reste, ressortira du rang chronologique de chacune des observations recueillies et toujours datées exactement.

Le deuxième chapitre sera réservé à l'anatomie et à la physiologie de la glande lacrymale ; mais, à ce point de vue, nous aurons le soin de ne donner ou de ne discuter que les notions essentiellement inhérentes à notre sujet.

Les observations, que nous publierons, choisies parmi celles qui sont des types soit par la méthode opératoire, soit par les indications, seront classées en sous-chapitres, d'après ces indications, dans une troisième partie de notre travail.

Enfin, nous appuyant sur ces observations, nous arriverons au manuel opératoire, qui constituera le dernier et quatrième chapitre.

CHAPITRE I.

Historique.

L'opération de l'extirpation de la glande lacrymale est connue depuis longtemps déjà. Dès le commencement de ce siècle, la science enregistre quelques cas pour lesquels l'ablation de cet organe fut jugée nécessaire.

En 1809, Roux, dans ses « *Mélanges de Chirurgie* » à l'article cancer, rapporte en note une observation de tumeur de la glande lacrymale, datant de 4 à 5 années, chez un homme de 40 ans, qu'il proposa d'opérer, mais le sujet n'y consentit pas. Le même auteur rappelle, à cette occasion, que cette glande avait été déjà enlevée avec succès par Duval, de Rennes, et Guérin, de Bordeaux. L'un des premiers exemples appartient à Spry ; viennent ensuite ceux de Daviel, Warner, Schmidt, Beer, Rudthofer, Travers, Mackensie. Mais c'est seulement en 1820 (voir observation XXIII), que Tood

donna les règles précises du procédé opératoire auquel on a coutume de donner son nom (Tood-Mélange de chirurgie étrangère, extrait de Dublin hospital's report t. III).

O'Beirne, en 1821, comme en fait foi son observation publiée plus loin, emploie le même procédé, c'est-à-dire l'incision le long de l'arcade orbitaire. (Observation XXII.)

En 1829, Larrey, pour le cas qu'il raconte dans ses *Cliniques chirurgicales*, se sert d'un autre procédé. Dans son observation qu'on lira au III^e chapitre (Observation I), il dit que, pour arriver sur la glande, « il fallut débrider la base de la paupière inférieure au-dessous de la commissure. » N'est-ce pas là un procédé qui se rapproche beaucoup de celui de Velpeau ; et, comme Velpeau ne pose les règles de sa méthode qu'en 1858 dans sa *Médecine opératoire*, n'est-il pas juste de partager la propriété de ce procédé entre Larrey, qui, le premier, a eu l'initiative d'un débridement des paupières au moyen d'une incision ne correspondant pas au siège de la glande, et Velpeau, qui eut le mérite de fixer d'une manière précise, dans un ouvrage didactique, les règles du manuel opératoire.

Lawrence, en 1833, introduit quelques modifications au procédé de Tood ; il se donne du jour en faisant tomber deux incisions supplémentaires sur l'incision de Tood. (Obs. XXIV.)

Plus tard, en 1845, Halpin (Obs. XIX) perfectionne le procédé de l'incision au rebord orbitaire, en faisant cette incision sur le sourcil, destiné à cacher plus tard la cicatrice.

Enfin, dans ces derniers temps, Tillaux (*Anatomie topographique*), a conseillé de n'arriver sur la glande qu'après avoir incisé et décollé le périoste du rebord orbitaire.

Cette année, Meyer a pratiqué l'ablation partielle de la crymale sans incision autre que celle de la conjonctive, arrivant directement sur la tumeur par le renversement de la paupière supérieure. (Obs. X.)

M. Badal, le premier, a essayé l'extirpation totale ; c'est-à-dire de la portion orbitaire et de la portion palpébrale.

CHAPITRE II.

Anatomie et Physiologie.

§ I. — *Anatomie.* — Le chirurgien, qui veut pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale, doit avant tout posséder la connaissance exacte de sa topographie, de sa configuration, de sa structure et de ses rapports avec les organes voisins.

Cette glande comprend deux portions, qui tirent leur nom de leur siège différent : l'une, la plus volumineuse et par conséquent la principale, située dans l'orbite, est appelée *portion orbitaire* ; l'autre, accessoire, située dans l'épaisseur de la paupière supérieure, est appelée *portion palpébrale* ou glande de Rosenmüller.

Portion orbitaire. — Tillaux compare sa forme à celle d'une amande. Elle occupe la fossette lacrymale, qui, on le sait, répond à l'angle supérieur et externe de la voûte orbitaire. — Des liens cellululo-fibreux assez résistants la maintiennent en place ; mais cette enveloppe fibreuse, loin de rendre son énucléation plus difficile, favorise au contraire l'opération en protégeant les parties voisines, surtout le globe de l'œil et la cavité post-oculaire, contre le traumatisme chirurgical. La face inférieure de la glande, en effet, repose sur l'élévateur de la paupière et sur le muscle droit externe et se moule ainsi presque directement sur l'œil ; son bord postérieur, qui reçoit

l'artère et le nerf lacrymal, touche à la limite de la cavité rétro-orbitaire. — De son extrémité antérieure, séparée de la conjonctive seulement par l'enveloppe fibreuse, partent les canaux excréteurs. Ces conduits, invisibles à l'œil nu, traversent l'aponévrose, puis aussitôt après sont accompagnés de granulations glandulaires, constituant la pertion palpébrale. Grâce à cette disposition, la portion orbitaire est, comme le fait remarquer M. Badal, « parfaitement isolée par sa coque fibreuse de la portion palpébrale. »

Portion palpébrale. — La partie supérieure de la glande de Rosenmüller repose sur le muscle droit externe ; la partie inférieure est intra-palpebrale et repose sur la conjonctive. Cette portion de la glande lacrymale est aplatie et irrégulièrement quadrilatère. (Sappey.) Les lobules qui la constituent, au nombre de 20 à 40, sont éparpillés dans l'épaisseur de la moitié externe du cul-de-sac de la paupière supérieure et descendent jusqu'à la commissure et même au-dessous. (Badal.)

Vaisseaux et Nerfs. — L'artère lacrymale assez volumineuse vient de l'artère ophtalmique ; la veine suit le même trajet que l'artère. Le nerf principal que reçoit la glande est le nerf lacrymal ; branche de la 5^{me} paire, elle reçoit encore le filet lacrymal du nerf temporo-malaire, et le grand sympathique lui envoie un rameau.

Canaux excréteurs. — Quel est leur nombre ? Quels sont ceux qui viennent de la portion principale ? Quels sont ceux qui émanent de la portion accessoire ? Comment ces deux ordres de conduits se comportent-ils dans leur trajet les uns à l'égard des autres ? La solution de ces diverses questions, objet de nombreuses dissidences, intéresse directement le chirurgien. Dans l'ectropion, en effet, il peut arriver que quelques-uns des canaux excréteurs soient déviés de telle sorte que le liquide lacrymal soit en partie versé au dehors. Si les conduits communiquent entre eux, pour apporter remède à l'épiphora, il faudrait supprimer en totalité les deux portions de la glande ; s'ils ne communiquent pas entre eux, quelle est la partie de la glande qu'on doit enlever ? Nous empruntons ces réflexions à M. Badal, qui a essayé d'élucider ce point délicat d'anatomie par

l'observation d'un malade, chez lequel il a extirpé l'une après l'autre les deux portions de la glande.

Depuis longtemps, la question est en suspens. Il était indiqué, pour la résoudre, de chercher tout d'abord à injecter les canaux. Santorini, Morgagni, Zinn, Haller, essayèrent en vain. Monro, en 1758, parvint à en injecter deux au mercure. Hunter, Scarpa, Rosenmüller, Chaussier et Ribes, arrivèrent à un résultat analogue.

En 1845, Gosselin fait des recherches à ce sujet. D'après lui, la portion orbitaire possède deux canaux excréteurs ; la portion palpébrale six à huit ; tous ces canaux, indépendants dans leur trajet, viennent s'ouvrir isolément sur la conjonctive. Ces quelques considérations historiques sont fournies par Sappey, qui reprend lui-même la question et arrive à des résultats différents. Il opère chez des enfants de 7 à 8 ans, parce que chez eux la glande lacrymale est plus développée que chez l'adulte et il se sert de l'injection au mercure. De ses expériences, il ressortirait :

1° Que les conduits peuvent être distingués en conduits principaux et conduits accessoires.

2° Que les conduits principaux, au nombre de trois à cinq, émanent de la portion orbitaire, et reçoivent, en parcourant la portion palpébrale, tous les canalicules des lobules situés sur leur trajet.

3° Que les conduits accessoires, au nombre de deux ou trois, viennent exclusivement des lobules excentriques de cette portion palpébrale et qu'ils marchent parallèlement aux conduits principaux. (Anat. de Sappey.) Tous les canaux s'ouvriraient à 4 ou 5 millim. au-dessus du bord adhérent du cartilage tarse de la paupière supérieure, dans l'angle de réflexion de la conjonctive.

Le même auteur s'élève fortement contre les conclusions de Tillaux, qui, sur quinze sujets, a rencontré treize fois la disposition signalée par Gosselin et deux fois seulement celle mentionnée par lui. Il rejette, comme mauvais, le procédé employé par Tillaux : l'immersion de la glande dans l'acide tartrique étendu. Le procédé qu'il emploie est-il meilleur ? Avec la collaboration de mon excellent ami et collègue Salis, j'ai tenté à différentes reprises d'injecter les canaux de la glande lacrymale chez plusieurs sujets. Disons-le immédiatement, nous n'avons pas été heureux : notre meilleure réussite a été de trouver chez un nègre les ouvertures de trois

canaux. Nous avons donc reconnu par nous-mêmes toute la difficulté de cette opération. Les méats des conduits sont invisibles non-seulement à l'œil nu, mais encore à la loupe : ce qui tient sans doute à ce fait que la muqueuse palpébrale forme autour de chacun d'eux comme une sorte de sphincter qui ferme exactement leur ouverture. Du reste, *a priori*, est-il possible d'accepter les expériences de Sappey comme concluantes ? Son procédé n'est-il pas un procédé de tâtonnement ? Quel que soit le nombre des canaux trouvés, est-on sûr qu'il n'en reste pas encore à découvrir ? A ce point de vue, il ne peut pas y avoir de critérium de certitude, et Sappey fait une erreur de logique en semblant s'appuyer sur cette constatation que la glande a été injectée dans sa totalité, pour affirmer que les ouvertures de tous les canaux ont été trouvées ; car si, comme il le dit, les canaux communiquent les uns avec les autres, il se pourrait qu'on remplisse tous les canaux au moyen de l'injection par une seule ouverture : non-seulement tous les canaux, mais encore la glande entière. Des communications physiologiques n'existeraient-elles pas, que les parois si frêles des canalicules peuvent parfaitement, comme le fait remarquer M. Badal, céder sous la pression de l'injection et donner lieu à une petite déchirure qui laissera passer le mercure.

M. Badal, dans son travail qu'on trouvera plus loin, s'efforce à son tour de résoudre le problème. Il a pu observer à découvert l'excrétion des larmes chez un malade atteint d'ectropion complet. De chacun des conduits venait sourdre le liquide lacrymal qui, par sa présence, indiquait leur existence et leur siège. L'auteur en a compté dix-huit ou vingt, chiffre bien supérieur à celui donné jusqu'ici par les anatomistes. Pour supprimer le larmolement, il fait d'abord l'extirpation de la portion orbitaire de la glande ; les orifices placés à la partie supérieure de la conjonctive cessèrent alors seuls de sécréter, tandis que l'écoulement des larmes continuait à se faire par ceux de la partie inférieure. De ce fait on peut tirer la conclusion que tous les canaux excréteurs de la portion orbitaire ne reçoivent pas de canalicules venus de la portion palpébrale, sans quoi l'extirpation du corps de la glande ne pourrait tarir complètement la sécrétion d'un certain nombre de conduits. (Badal.)

Nous terminerons en émettant l'opinion que peut-être la source

de ces dissidences est dans la disposition variable selon les sujets des canaux excréteurs.

§ II. *Physiologie.* — Avant de supprimer un organe, il est indispensable de connaître son rôle, l'importance de ses fonctions, et par là de savoir si l'on pourra sans inconvénient priver de sa contribution le reste de l'économie.

La glande lacrymale, du moins pour sa partie orbitaire, n'est pas nécessaire au maintien de l'intégrité du globe oculaire. Tout d'abord on considéra la glande lacrymale comme servant à la lubrification de l'œil. Mais alors son absence, entraînant la sécheresse de la conjonctive, devrait nécessairement amener des accidents redoutables. Rien n'est moins vrai cependant ; Daviel et Magendie, ayant extirpé le corps de cette glande, étant convaincu de l'avoir enlevée toute entière, constatèrent avec étonnement, et sans se l'expliquer, que les sujets opérés avaient conservé une humidité parfaite et permanente de leur conjonctive. Maslieurat-Lagémard (Arch. de médecine 1849), explique le fait en supposant que « l'exhalation de la conjonctive s'était augmentée pour remplacer l'excrétion des larmes. » Encore aujourd'hui, certains physiologistes attribuent aux glandes de Meibomius un rôle prépondérant dans la lubrification de l'œil.

M. Badal, qui, chez son malade, a fait l'extirpation successive des deux portions de la glande, a vu qu'après l'ablation de la portion orbitaire la sécrétion avait environ diminué des deux tiers, mais que les glandules palpébraux donnaient toujours du liquide lacrymal avec une certaine abondance.

Il en conclut que cette partie de la glande ne joue pas un rôle aussi effacé qu'on pourrait le croire dans la lubrification de l'œil. Quant à l'ablation de la portion orbitaire, elle n'aurait aucune influence fâcheuse sur la lubrification de l'œil, qui perdrait seulement la faculté de pleurer. (Badal.) Cloquet a observé le même phénomène chez son opéré ; le besoin de pleurer déterminait des douleurs dans l'orbite.

La physiologie du nerf lacrymal est importante au point de vue opératoire. Si, en le détruisant ou en le sectionnant, on pouvait supprimer le fonctionnement de la glande, on comprend immédiate-

ment quel parti le chirurgien pourrait tirer de ce fait. Cette opération serait certainement préférée à celle de l'extirpation dans les cas de larmolement incoercible. Car ce nerf, bien que profondément caché sous la voûte orbitaire, en arrière de la glande, n'est pas inaccessible aux instruments tranchants. Sa position intermédiaire au muscle droit supérieur de la paupière et au droit externe permet à la rigueur de l'atteindre (Abadie). Demtschenko, Wolferz, Reich, Herzenstein se sont occupés de la question. De leurs recherches il résulte que :

1° Le nerf sécréteur principal de la glande est le nerf lacrymal.

2° L'excitation de son bout périphérique provoque des larmes abondantes.

3° Le nerf étant sectionné, la sécrétion paraît s'arrêter aussitôt après l'opération.

4° Mais la section est suivie, au bout d'un certain temps, d'une sécrétion continuelle (sécrétion paralytique ?) (Demtschenko n'avait vu ce fait ; c'est de là que naquit l'espoir de pouvoir remplacer l'extirpation de la glande par la section du nerf.)

5° Le réflexe nasal persiste après cette section. Le nerf lacrymal n'est donc pas le seul nerf sécréteur.

6° Le filet lacrymal du nerf temporo-malaire et le sympathique ont aussi une action directe sur la sécrétion.

On voit que la section du nerf, loin de tarir la source de la sécrétion, ne ferait que l'accroître.

CHAPITRE III.

Indications de l'extirpation de la Glande lacrymale.

Ces indications sont assez nombreuses et de diverses natures. Exposons-les tout de suite brièvement :

- 1^{re} indication : Corps étranger de la glande.
- 2^e — Concrétions nées dans l'intérieur même de la glande.
- 3^e — Fistule lacrymale.
- 4^e — Kystes.
- 5^e — Tumeurs solides.
- 6^e — Le chirurgien veut se frayer une voie jusqu'au fond de l'orbite.
- 7^e — Larmolement chronique.

Chacune de ces indications donnera lieu à un paragraphe spécial et sera, autant que possible, appuyée par des exemples.

§ I.

1^{re} INDICATION : *Corps étranger.*

La science ne possède guère qu'une observation d'extirpation de la glande lacrymale pour corps étrangers venu du dehors. On comprend, en effet, qu'il doit être rare, étant donné son siège, si bien protégé par le rebord orbitaire, qu'un projectile la pénètre sans intéresser grièvement le globe oculaire. En pareil cas, l'énucléation de l'œil est le plus souvent nécessaire. Le seul cas connu est publié par Larrey. Le voici :

OBSERVATION I.

(Larrey 1829.)

Le sujet avait reçu, à l'angle rentrant du bord externe de l'orbite gauche, une balle arrivée à la fin de sa course. Une moitié du plomb pénétra dans l'orbite à travers l'épaisseur de la glande lacrymale et s'arrêta sur la surface orbitaire de l'os de la pommette ; l'autre moitié fila dans la tempe, sous l'aponévrose crotaphite, d'où elle fut extraite facilement. Mais pour avoir la première portion, il fallut débrider la base de la paupière inférieure, au-dessous de la commissure, et emporter les débris de la glande elle-même avec la portion de balle dont nous avons parlé, laquelle était légèrement incrustée sur l'os. Ces plaies arrivèrent promptement à la guérison sans nul accident, et, à la grande surprise de l'opérateur, l'œil de ce côté

resta intact; il parut humecté d'une sérosité suffisante pour le mouvement du globe de l'œil, et par conséquent exempt d'exophtalmie.

D'après cet exemple, ne pourrait-on pas, ajoute Larrey, et surtout lorsque la fistule lacrymale offre peu de chance de guérir, extirper la glande du même nom, comme l'ont proposé quelques auteurs (opération qui se ferait avec la plus grande facilité), prévenir ainsi le larmolement et faire disparaître la fistule. (Clin. chirurg. 1829.)

§ II.

2^{me} INDICATION : *Concrétions nées dans l'intérieur même de la glande.*

Les calculs de la glande lacrymale sont rares. Ils contiennent des sels (phosphates et carbonates calcaires) qui, d'après les recherches récentes, n'existent qu'en très minime quantité dans les larmes normales. Peut-être bien appartiennent-ils plus à la conjonctive qu'aux conduits excréteurs de la glande lacrymale? Toujours est-il qu'ils doivent être extirpés.

Il se pourra qu'il soit plus facile d'enlever ce calcul, si l'on enlève en même temps la glande lacrymale, surtout lorsque celui-ci est situé profondément. Meade, Walsher, Langier et Richelot sont les seuls auteurs qui aient pu observer cette affection. En 1881, Samelsohn a rapporté l'observation qu'on va lire. — Le calcul seul fut extrait, sans qu'on ait eu besoin de faire l'ablation de la glande.

OBSERVATION II.

(Par Samelsohn 1881.)

Lithiase de la glande lacrymale.

Un enfant de 3 mois et demi avait depuis quelques semaines un larmolement de l'œil gauche. Augmentation de volume et coloration

bleuâtre de la paupière supérieure au niveau de la glande lacrymale ; dépression ombiliquée au centre, avec saillie au fond. Enlèvement du corps dur qui la constituait avec les pinces et les ciseaux. La plaie guérit très vite, mais le larmolement persista pendant plusieurs semaines. La concrétion enlevée était pyramidale, composée de carbonate et de phosphate de chaux et de magnésie. Les données de l'analyse chimique démontrent qu'il ne s'agit pas d'un simple dépôt des sels des larmes (sels d'ailleurs en très petite quantité), mais de l'ossification d'une production nouvelle.

§ III.

3^{me} INDICATION. — *Fistule de la glande.*

Lorsqu'une plaie intéresse la paupière supérieure, il peut se produire une solution de continuité dans les conduits lacrymaux : d'où fistule. On cherchera d'abord à guérir cette affection par des moyens moins radicaux que l'extirpation de la glande. Ces moyens (injections iodées ou astringentes, cautérisation du trajet au nitrate d'argent ou au fer rouge, transformation de la fistule externe en fistule interne) réussiront presque toujours ; cependant ils peuvent échouer, et dans une circonstance pareille, Alfred Græfe, en fin de compte, fut obligé de se décider à enlever la glande lacrymale.

§ IV.

4^{me} INDICATION. — *Kystes.*

Il y a les kystes de la portion palpébrale et les kystes de la portion orbitaire.

1^o *Kystes de la portion palpébrale.* — Ils sont très rares. Le meil-

leur traitement est l'excision. L'observation qui suit est due à M. Dubrueil et a été publiée par la *Gazette des Hôpitaux* en 1871 :

OBSERVATION III.

Kyste d'un des conduits excréteurs de la glande lacrymale.

« Elisa R..., domestique (55 ans), est venue, le 11 mai, se présenter à la consultation de l'hôpital Beaujon. Elle portait au-dessus de l'angle externe de l'œil une tumeur à peu près sphérique du volume d'une grosse noisette, placée entre le globe oculaire et la paupière. Cette tumeur avait débuté, il y a un an, sans cause apparente. Elle était fluctuante, translucide, indolente, et, d'après les remarques de la malade, elle grossissait notablement chaque fois que cette femme pleurait. Les larmes coulaient cependant en quantité à peu près normale à la surface du globe oculaire qui était gêné dans ses mouvements. La vision était intacte, la santé générale excellente, et ce n'était guère, en somme, que la difformité produite par le kyste qui engageait la malade à s'en faire débarrasser. Le 12 mai, la paupière supérieure était relevée par un aide ; je fis sur la tumeur, avec un couteau à cataracte, une incision dirigée dans le sens de la fente palpébrale et très superficielle. Je pus ainsi séparer dans une certaine étendue une membrane très mince ou très amincie qui n'était autre que la conjonctive du cul-de-sac repoussée par la tumeur.

» Au-dessous il restait une membrane plus ténue encore, une vraie pellicule que je finis par crever, et dont la perforation donna issue à une petite cuillerée environ d'un liquide séreux que je recueillis pour le faire analyser, mais qui malheureusement fut répandu. J'excisai alors avec des ciseaux courbes toute la portion antérieure du kyste. J'eus la précaution de cautériser deux ou trois fois la partie du kyste restée en place.

» Où s'était formée la collection de liquide ? Était-ce un kyste conjonctival ? Ou bien s'était-il développé dans un des conduits excréteurs de la glande lacrymale ? En faveur de cette hypothèse, on pourrait invoquer ce fait signalé par la malade, que, chaque fois qu'elle

pléurait, la tumeur augmentait notablement de volume et aussi le lieu où elle s'était développée.

» C'est à l'analyse microscopique que je me suis adressé en dernier ressort, et l'examen que j'ai pratiqué avec le docteur Legros est venu établir, d'une façon indubitable, la nature de ce kyste en nous montrant que sa face interne était tapissée d'un épithélium cylindrique, c'est-à-dire identique à celui des conduits excréteurs de la glande lacrymale. »

Dans cette circonstance, une partie de la portion palpébrale fut donc extirpée.

2° Kystes de la portion orbitaire.

Les kystes simples de la portion orbitaire sont très peu fréquents. Desmarres conteste même leur existence. Le chirurgien qui rencontrerait un de ces kystes pourrait d'abord le traiter par une ponction, si son siège le permettait. Mais le kyste étant profond peut ne pas être reconnu ; ce que l'on constate seulement, c'est l'augmentation du volume de la glande. Ce symptôme suffira pour commander son extirpation.

On a aussi trouvé dans la glande lacrymale des kystes hydatiques. L'observation la plus concluante est celle qu'a publiée Warton Jones. (British med. Journ. 1864.) Nous ne la reproduirons pas ; car, comme la désorganisation de l'œil était considérable, son énucléation précéda l'extirpation de la tumeur.

§ V.

5^{me} INDICATION : *Tumeurs solides.*

Cette indication est celle, certainement, rencontrée le plus souvent.

Quelle que soit la nature de la tumeur, il y a toujours des signes

communs à toutes. Nous ne croyons pas qu'il soit tout-à-fait étranger à notre sujet de les résumer en quelques mots. Auparavant que de se résoudre à l'opération, n'est-il pas nécessaire d'en établir la nécessité, de la reconnaître le plus tôt possible et de ne pas attendre que les progrès de l'affection aient entraîné des désordres irrémédiables. Follin divise ces symptômes, qui sont aussi ceux des kystes, puisqu'ils dérivent de l'augmentation du volume de la glande, en deux périodes :

1^{re} période. — La tumeur n'a pas encore paru à l'extérieur. La région orbitaire externe est le siège d'un certain embarras ; le malade se plaint quelquefois d'une sensation de chaleur en ce point. Tantôt épiphora (lié à une sensibilité plus grande de l'œil ou de la conjonctive aux agents extérieurs), tantôt, mais plus rarement, diminution dans la sécrétion des larmes.

2^{me} période. — Au siège de la glande, gonflement profond, plus ou moins facile à reconnaître avec le doigt. La tumeur est mobile ou adhérente, arrondie ou inégale, résistante ou fluctuante (dans le cas de kystes). Exophtalmie en bas et en dedans. L'œil peut venir faire saillie en dehors même de la cavité de l'orbite. Sa projection s'accompagne d'une augmentation de la sécrétion lacrymale, de diplopie, de conjonctivité, etc., etc. Très souvent, malgré ces phénomènes, on constate l'intégrité presque parfaite des milieux réfringents de l'œil et la conservation de la vision.

Toutefois, si l'extraction de la tumeur n'est pas faite, l'œil peut s'ulcérer et se vider. La tumeur distend ou détruit les parois osseuses et envoie des prolongements de tous les côtés.

Pour le diagnostic, on s'appuiera surtout sur l'apparition de la tumeur dans le point qui correspond au siège anatomique de la glande lacrymale. Le ptosis de la paupière supérieure, dû, selon beaucoup d'auteurs, à la compression directe du releveur par la glande malade s'observe dans beaucoup d'autres tumeurs de l'orbite.

Quelle est la nature de la tumeur ? Il est quelquefois très difficile de résoudre cette question. La fluctuation, accompagnée de phénomènes inflammatoires annonce l'existence d'un abcès ; s'il n'y a pas d'inflammation, on peut conclure à un kyste. Mais il n'est pas facile

de reconnaître cette fluctuation, car il est impossible de fixer la tumeur sur un plan résistant.

L'indolence absolue de la maladie, son développement lent, la persistance d'un état général excellent plaident en faveur d'une tumeur bénigne. Mais alors si le sujet est syphilitique, on devra penser à l'inflammation spécifique de l'organe. Ce côté du diagnostic est de première importance, puisque, en quelques jours, le traitement anti-syphilitique fera disparaître tous les accidents. Dans le *New-York médical* (50 avril 1882), Bull rapporte un cas de ce genre.

Pour toute autre circonstance, l'ablation de l'organe est le seul traitement, et, malgré les assertions de Haynes-Walton, on fera bien de rejeter, comme de nul effet, l'emploi des pommades fondantes.

Nous adopterons la classification de Salles (Thèse de Montpellier 1880), qui divise ainsi les tumeurs de la glande lacrymale :

1 ^{er} groupe.....	<i>Adénomes.</i>
2 ^{me} —	<i>Myxomes.</i>
3 ^{me} —	<i>Fibromes.</i>
4 ^{me} —	<i>Carcinomes.</i>
5 ^{me} —	<i>Euchondromes.</i>

Pour chacun de ces groupes nous donnerons des exemples d'extirpation.

Parlons d'abord des tumeurs de la portion palpébrale, ensuite de celles de la portion orbitaire.

1° Tumeurs de la portion palpébrale.

Mackensie appela l'attention sur l'hypertrophie des glandules conglomérées. Mais c'est Fano qui, le premier, en donna une observation irréfutable.

OBSERVATION IV.

Adénome de la portion palpébrale de la glande lacrymale. — Extirpation.

M..., âgé de 20 ans, opticien, se présente à ma clinique, le 7 octobre 1863, se plaignant d'éprouver, depuis 4 ans, de la douleur

vers la partie externe de la paupière droite. Il a remarqué qu'il était pris de larmoiement de l'œil droit seul, toutes les fois qu'il regarde soit le soleil, soit la lumière d'un bec de gaz ou d'une lampe ordinaire. Ce larmoiement cessait dès que le patient ne fixait plus l'une des trois sources de lumières précédentes.

Je constate que M... porte l'œil droit fortement en bas et en dedans et qu'on relève aussi haut que possible la paupière supérieure pendant qu'on abaisse l'inférieure, il existe au niveau de la partie externe du cul-de-sac supérieur de la conjonctive, précisément à l'endroit où se trouve, à l'état normal, la portion palpébrale de la glande lacrymale, une tumeur du volume d'un petit haricot-flageolet. Cette tumeur est d'une consistance moyenne; la portion de conjonctive qui la recouvre n'est pas mobile sur elle; la muqueuse est très injectée, non-seulement à ce niveau, mais encore dans le voisinage.

Dès qu'on cesse de maintenir la paupière fortement relevée, la tumeur disparaît ou tout au moins se cache.

Séance tenante, je procède à l'extirpation de la petite tumeur. Les paupières étant convenablement écartées par un aide, au moyen d'une pince à griffes, je saisis la portion de conjonctive qui recouvre la production morbide, et j'excise celle-ci avec des ciseaux. Le lendemain, la conjonctive est à peine injectée; il y a une légère ecchymose de la paupière.

Le 11 octobre, il existe une exsudation blanchâtre à l'endroit où la conjonctive a subi une perte de substance.

Dès le 13, cette exsudation diminue; la conjonctive oculaire est médiocrement injectée dans les divers points de son étendue; l'ecchymose palpébrale est résorbée.

Le 15, la plaie conjonctivale est cicatrisée; la vascularisation de la muqueuse ordinaire a diminué. J'engage le patient à reprendre ses travaux d'opticien.

Le 23, il vint me rendre compte de l'effet produit par l'exercice des yeux. Il affirme ne plus souffrir et ne plus être pris de larmoiement lorsqu'il travaille à la lumière du gaz. La conjonctive reste à peine injectée aux environs de la cicatrice.

La tumeur est formée d'une série de granulations de couleur grisâtre, du volume d'un grain de chènevis, nettement séparées les unes

des autres, mais adhérentes à la petite portion de conjonctive qui a été enlevée.

Le docteur Ordonez ayant fait, sur ma demande, l'histologie de cette tumeur, a reconnu qu'elle était formée par une hypertrophie glandulaire. (Fano. *Maladie des yeux*, tome I.)

2° Tumeurs de la portion orbitaire.

1^{er} GROUPE. — ADÉNOMES.

De toutes les tumeurs de la glande lacrymale, les adénomes sont celles qui ont été observées le plus souvent. Cependant, il n'y a pas longtemps, avant les données précises de l'anatomie pathologique, on prenait pour des adénomes certaines tumeurs qui doivent être classées dans les autres groupes. Polaillon, dans un tableau synoptique (Dict. encyclop., art. Lacrymal) a réuni 15 cas d'adénomes. Treize fois les malades furent guéris après extirpation; deux fois ils moururent, mais pour un autre motif. De ces 15 cas d'adénomes, la plupart, d'après les symptômes énumérés, ne rentrent nullement dans la définition qu'on donne aujourd'hui de ces sortes de tumeurs.

Lebert a publié une observation caractéristique d'adénome de la glande lacrymale. Chassaignac en fit l'ablation.

OBSERVATION V.

Adénome de la glande lacrymale. — Extirpation,

Le 22 octobre 1851, M. Chassaignac a présenté à la Société de chirurgie une malade âgée de 26 ans atteinte d'ophthalmie de l'œil droit résultant d'une tumeur qui poussait l'œil hors de l'orbite en avant et en dedans. L'on sentait très distinctement une tumeur dure, élastique, saillante, arrondie sur toute la moitié supérieure externe et inférieure de l'orbite, La tumeur, point douloureuse, du reste, n'était pas mobile. La malade s'était aperçue de la proéminence anormale de l'œil dès l'âge de 20 ans. Dès lors, dans l'espace de

six ans, la tumeur s'est lentement accrue, l'exophtalmie a fait des progrès et la vision a été peu à peu abolie ; un bruissement sourd et continu s'entendait à l'auscultation de la région, et la malade elle-même l'éprouvait de temps en temps, surtout aux époques menstruelles.

Le 28 octobre, M. Chassaignac fit l'extirpation de cette tumeur qui s'étendait profondément dans l'orbite, tout en ménageant complètement l'œil, qui a pu être remplacé et reprendre son aspect normal. La tumeur fraîche avait 35 millimètres de long sur 2 centimètres de large et autant d'épaisseur. Elle était presque conique aux deux extrémités, dont l'une constituait une espèce de pédicule de 5 à 6 millimètres de long sur 5 ou 4 de large. La forme de la tumeur se rapprochait beaucoup de celle du testicule. Extérieurement, elle était entourée d'une enveloppe fibro-cellulaire peu vasculaire. Sur une coupe fraîche, on constate un aspect grenu, rougeâtre, ayant la ressemblance la plus frappante avec la structure des glandes en grappe; à la pression, on obtient de nombreux grumeaux que le microscope reconnaît pour des culs-de-sac glandulaires. L'examen histologique révèle tous les caractères de l'adénome. (*Traité des maladies des yeux* de Desmarres, tome I.)

Autres observations d'adénomes.

OBSERVATION VI.

Enfant de 5 ans 1/2. — Tumeur d'origine congénitale. Ablation pratiquée par Cunier. L'opération fut difficile. Guérison. Le volume de la glande égalait au moins celui d'un œuf de poule. La tumeur était formée par la substance de la glande et de ses conduits excréteurs. La surface interne était tapissée de cellules épithéliales. (Gluge, Ann. d'oculistiq. 1850.)

OBSERVATION VII.

Femme, 67 ans. — Coup sur la paupière par le doigt d'un enfant.

Durée, un an environ. Pas de douleurs. Ablation par le procédé de Velpeau. Guérison. La glande enlevée avait le volume d'une grosse noix. Sur une coupe fraîche, on constate un aspect grenu, rougeâtre, ayant la ressemblance la plus frappante avec la structure des glandes en grappe. Elle offrait, d'ailleurs, tous les caractères histologiques de la tumeur examinée au microscope par Lebert. (Warlomont. Ann. d'oculistiq. 1862.)

OBSERVATION VIII.

Femme, 50 ans. — Durée 5 ans. Ablation. Guérison. La tumeur mesurait 5 centim. $1/2$ de longueur sur 5 de large ; elle était compacte, et la section y montra un contenu gélatineux. Buhl constata, au moyen du microscope, l'hypertrophie de la glande lacrymale. (Rothmund. Klin. monastbl. 1865.)

OBSERVATION IX.

(Recueillie par Alt, 1884.)

Une tumeur bosselée, élastique, fluctuante en un seul point seulement, occupait la paupière supérieure ; elle s'étendait de l'angle externe jusque dans l'angle interne et s'engageait profondément dans l'orbite ; elle adhérait fortement au périoste. Le mouvement de l'œil en haut était seul gêné. V. 20/200 ; rétrécissement concentrique du champ visuel ; pupille de largeur moyenne et d'une réaction lente ; pupille et rétine anémiques. Extirpation. La nature adénomateuse de la tumeur fut confirmée au microscope. (Archiv. für Angeneihunde.)

OBSERVATION X.

Debierre rapporte trois cas d'hypertrophie de la glande lacrymale observée à la clinique du Dr Meyer.

Les malades se plaignent d'une gêne dans l'œil atteint d'un léger

larmoiement et de la présence d'une tuméfaction qu'ils ont vu peu à peu se former à la partie externe de l'orbite. En examinant la région supéro-externe de l'orbite, on y constate une légère tuméfaction arrondie, et, en retournant la paupière supérieure, on voit à ce niveau le cul-de-sac conjonctival effacé et remplacé par une tumeur de forme oblongue, irrégulièrement bosselée, faisant saillie en avant. A travers la conjonctive et le léger feuillet aponévrotique qui la recouvre, on aperçoit nettement la coloration et la forme en grappes des lobules de la glande lacrymale. Il s'agit d'une hypertrophie de cette glande. Lorsque cette tuméfaction devient une cause de gêne et d'ennui pour le malade, il devient nécessaire de l'en débarrasser par une intervention chirurgicale. L'opération est très simple. Voici comment M. Meyer procède : La paupière étant maintenue renversée par un aide et la conjonctive étant anesthésiée avec la cocaïne, le chirurgien fait une incision longitudinale intéressant la conjonctive et la légère toile aponévrotique sous-jacente, décolle à l'aide des ciseaux la tumeur des tissus environnants, l'attire au dehors et la désèque d'un coup de ciseaux. L'hémorrhagie est facilement arrêtée par la compression et la plaie est refermée en suturant les deux lèvres de la plaie conjonctivale par un ou deux points de suture. Un bandage compressif est appliqué sur l'œil, et 48 heures après, en enlevant le bandeau, on trouve la plaie guérie par première intention.

Quel est le siège de cette hyperplasie de la glande lacrymale ? Porte-t-elle sur la portion orbitaire ou sur la portion palpébrale ? Eu égard à sa situation, nous pensons qu'elle s'est développée aux dépens de la portion orbitaire. Reste à savoir si la totalité de la glande a pris part à l'hyperplasie ou si quelques lobules seuls sont intéressés. La réponse à cette question est difficile, car l'ablation de la glande toute entière n'a pas été faite. Toutefois, en faveur d'une hyperplasie partielle de quelques lobules, il existe : 1° que la tumeur n'a jamais récidivé ; 2° qu'après l'opération les malades ont pu tout aussi facilement pleurer après qu'avant et qu'en conséquence une partie des canaux lacrymaux de la glande orbitaire ont été respectés, puisque l'on suppose, surtout depuis le travail de M. Badal, que c'est la portion orbitaire qui seule fournit les larmes. (Ann. d'oculistique 1886.)

Ici nous reproduirons l'observation, due à Otto Becher, d'un lympho-adenome de la glande lacrymale, qui fut opéré par lui. Dernièrement, Berlin, en décrivant dans le tissu cellulaire interracineux de cette glande des éléments lymphatiques, a expliqué la possibilité de la production des tumeurs de ce genre.

OBSERVATION X.

(d'O. Becker.)

Lympho-adenome de la glande lacrymale des deux côtés.

Un homme de 53 ans, né de parents bien portants, ayant trois sœurs en bonne santé, arrive à l'âge de 20 ans sans éprouver de maladie. A partir de ce moment, ses yeux deviennent malades, s'enflamment, toutes choses que le patient attribue à sa profession de meunier et à l'irritation continuelle produite par la poussière. A l'âge de 22 ans, cet état s'aggrave à tel point qu'il entra à l'hôpital d'Augsbourg ; une seconde récurrence l'obligea à aller réclamer les soins du docteur Rothmund à Munich. Enfin, le 1^{er} février, il fut reçu à la clinique d'Heidelberg.

Etat actuel : Les deux yeux projetés hors de l'orbite convergent en bas. L'œil droit paraît plus proéminent que le gauche, l'exophtalmie de ce dernier est d'environ 15 millim. La moitié des globes est conservée, sauf en dehors et en haut, où elle est un peu limitée. La conjonctive, rouge dans toute son étendue, sécrète d'une façon anormale. Cornées saines, quelques vaisseaux seulement se montrent le long du bord inférieur de celle de droite. Pupilles étroites, réagissant peu à l'action de la lumière. A l'ophtalmoscope l'on constate une forte hyperhémie de la rétine et du nerf optique sans altération de tissu. Le malade voyait de ses deux yeux ; mais la photophobie, le larmolement et la position anormale des axes empêchaient de déterminer l'acuité visuelle à distance. Tension intra-oculaire moyenne. Une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, située à la partie supéro-externe de l'orbite des deux côtés semblait

être la cause de cette double exophthalmie. Cette tumeur n'était ni pulsatile, ni douloureuse à la pression. Sa surface paraissait unie.

Quand on élevait avec les doigts la paupière supérieure, cette manœuvre n'avait aucune influence sur la position de la tumeur, ce qui indiquait qu'elle était située derrière le fascia tarso-orbitaire. Les mouvements du globe ne la laissaient pas tout à fait immobile, mais on pouvait pourtant s'assurer par le toucher qu'elle était indépendante du bulbe oculaire. Les ganglions lymphatiques pré-auriculaires n'étaient pas tuméfiés. Le 6 août, vu la parfaite symétrie des deux tumeurs et leur siège particulier, Otto Becker porta le diagnostic d'hypertrophie de la glande lacrymale.

L'opération, acceptée par le malade, fut faite des deux côtés et n'offrit rien de particulier dans son exécution ni dans ses suites. Au bout de cinq semaines, la guérison était complète.

L'examen microscopique, fait par Arnold, ne confirme pas le diagnostic d'hypertrophie de la glande lacrymale. Des coupes de la tumeur offraient, sous le microscope, tous les caractères du tissu lymphoïde. On y trouvait à la fois de véritables follicules, et entre ceux-ci un réseau réticulé, dans les mailles duquel étaient accumulées des quantités considérables de cellules lymphatiques. Ce tissu pathologique présentant tous les caractères histologiques des ganglions lymphatiques, ces tumeurs devaient être rangées dans la catégorie des lympho-adénomes. (*Revue des sciences médicales*, t. II, p. 411.)

2^{me} Groupe. — Sarcomes de la glande lacrymale.

OBSERVATION XI.

(Recueillie par Salles, Thèse de Montpellier, 1880.)

Moinard (Pierre), né à Marsais (Charente-Inférieure), le 22 novembre 1857, soldat au 2^e génie, entre à l'hôpital Saint-Eloi, salle

Lallemand. Ce jeune homme est d'une forte constitution. Il n'a jamais eu de maladies graves dans sa jeunesse. Son père, qui jusque-là s'était bien porté, a eu depuis quelques années une maladie de l'articulation du genou. Sa mère est rhumatisante ; ses frères jouissent d'une bonne santé.

Il y a quelques années, en 1870, il reçut sur le côté gauche une forte contusion un peu au-dessus du sourcil. Le malade avait oublié ce petit accident, lorsque, il y a un an environ, il s'aperçut que l'œil gauche n'avait plus les mouvements aussi libres que par le passé. Le matin, des larmes beaucoup plus abondantes sortaient de l'œil affecté, et c'est la comparaison avec celui du côté opposé qui lui fit faire cette remarque. Son état de maçon l'obligeant à recevoir souvent des poussières irritantes, il remarqua que, dans ces conditions, l'œil gauche recevait plus péniblement cette impression et que quelquefois la paupière supérieure de ce côté se gonflait.

Après son entrée au corps, il ressentit des maux de tête dont le caractère particulier était d'affecter la forme d'une hémicranie du côté gauche. Il en rapporta la cause au shako qui pesait douloureusement sur la tête.

Il y a deux mois et demi, les manifestations de la maladie s'accrochèrent, et le malade fut envoyé à l'hôpital. On constate alors les signes suivants :

L'œil est un peu saillant en avant, et en même temps un peu dévié en bas. Ses mouvements sont libres en tous sens, quoique un peu plus difficiles en haut et en dehors. Il n'est pas plus volumineux que son congénère.

Néanmoins, l'œil est sain, la cornée est transparente, la conjonctive sans rougeur. L'examen ophtalmologique montre que le fond de l'œil est sain et la pupille normale.

En portant le doigt au-dessus du globe, on sent de petits lobules assez consistants, situés sous l'arcade orbitaire supérieur, et qui ne changent pas de place par les mouvements spontanés ou communiqués du globe oculaire.

L'arcade sourcilière, dont on peut aisément sonder les contours, n'a changé ni de volume ni de caractères, et le sourcil est arqué comme de coutume. La paroi supérieure de l'orbite est donc saine.

Rien de particulier dans les fosses nasales et dans le tissu maxillaire. L'intégrité des facultés intellectuelles prouve qu'il n'y a rien non plus du côté de la cavité crânienne. M. le professeur Dabruel diagnostique une tumeur de la glande lacrymale, et, tenant compte de l'âge et de la constitution du sujet, ainsi que de la rapidité de la production morbide, croit, selon toute probabilité, à un sarcome. L'opération de l'extirpation eut lieu le 11 décembre 1879.

Elle se fit avec une grande facilité : une incision fut faite sur la paupière supérieure parallèlement à ses plis. La glande fit bientôt hernie entre les lèvres de l'incision. M. Dubruel fit alors une dissection minutieuse de la glande, de manière que l'œil et les muscles de l'orbite fussent respectés. La tumeur fut ensuite facilement énucléée et on lia le pédicule qui comprenait les vaisseaux et les nerfs de la glande.

Le pansement fut des plus simples : une petite mèche de charpie, enduite de cérat, est introduite entre les lèvres de l'incision qu'elle a pour but de maintenir béante, et le tout est recouvert d'un linge et d'un gâteau cératé.

La tumeur avait à peu près le volume d'une grosse amande et ressemblait par sa forme extérieure au testicule. Elle était entourée par une membrane fibreuse qui n'était autre que l'enveloppe de la glande. Sa consistance était ferme. Au microscope on trouve, au milieu des éléments de la glande, du tissu embryonnaire en voie d'évolution ; les caractères du sarcome fuso-cellulaire sont bien tranchés ; le diagnostic est donc confirmé.

Le malade est vite rétabli ; la plaie se réunit au bout de quelques jours ; il ne reste plus qu'une petite cicatrice qui gêne très peu les mouvements de la paupière supérieure.

Vers la fin du mois de janvier, le malade, qui semblait tout à fait guéri, a eu une nouvelle petite tumeur dans la même région, mais qui cette fois était fluctuante. Du reste, une incision a fait couler le pus, qui s'y était collecté.

Peut-être pourrait-on classer dans les sarcomes les tumeurs dont les observations suivent :

OBSERVATION XII.

Homme, quarante ans. Durée, plusieurs mois. Deux ablations consécutives, la première ayant été suivie d'une récurrence rapide. Mort de phthisie pulmonaire (?) Le tissu cellulaire de l'orbite avait été envahi. Tumeur au-devant de l'oreille (ganglion ?) La tumeur enlevée était d'un rouge pâle, dure, formée par de gros lobes. Chaque lobe est composée de lobules d'une ligne de diamètre. Au microscope, ces lobules sont formés par des culs-de-sac glandulaires remplis par des noyaux et des cellules d'épithélium, dont quelques-unes contiennent de nombreuses granulations graisseuses. (Gluge, loc. cit.)

OBSERVATION XIII.

Nous publions cette observation, quoiqu'il n'y ait pas eu extirpation de la glande, afin de montrer quel danger il y aurait à retarder l'opération dans un cas pareil.

Femme, soixante ans. Morte sans opération, qu'elle avait constamment refusée. Autopsie. La sclérotique était vide, couchée au-devant d'une tumeur blanche et granuleuse, constituée évidemment par les acini hypertrophiés de la glande lacrymale. Elle avait le volume du poing, occupait l'orbite fortement dilatée et se prolongeait dans la fente sphéno-maxillaire. Elle avait détruit la voûte de l'orbite et était, en quelques points, en contact avec le cerveau déprimé. Machensie, à qui est due cette observation, dit qu'elle ressemblait beaucoup aux tumeurs décrites par Lebert sous le nom de fibroplastiques. (Mackensie. *Traité des maladies des yeux*, tome I.)

OBSERVATION XIV.

Homme, 19 ans. — D'une santé robuste. Egratignure de la conjonctive avec une aiguille ; pas de douleurs. Ablation rendue difficile par de fortes adhérences avec la voûte de l'orbite. Guérison.

La tumeur était dure, un peu mamelonnée, du volume d'une châtaigne, et enveloppée d'une membrane fibreuse ; elle avait une structure uniformément granulée et était traversée par quelques cloisons fibreuses. L'examen microscopique lui attribuait une structure fibreuse fine. (Anderson. Ann. d'ocul. 1848.)

OBSERVATION XV.

Extirpation des deux glandes sarcomateuses

(Par le Dr Alexandre.)

Les tumeurs de 2 centim. de long sur 1, 5 de large correspondaient à la situation de la glande lacrymale, empêchaient le relèvement des paupières supérieures et avaient refoulé les globes du côté du nez. Elles purent être énuclées avec conservation de la conjonctive. La guérison se fit par première intention ; les fonctions oculaires s'étaient rétablies. La lubrification des yeux était normale, et un peu de teinture d'opium portée dans le sac conjonctival amenait une abondante sécrétion d'un liquide aqueux. (Klin. Monatsbl. mars 1875.)

OBSERVATION XVI.

(Dr Harlen. Philadelphie).

Sarcome de la glande lacrymale.

Un malade, âgé de 70 ans, portait sous la paupière supérieure droite une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui avait mis

4 ans à atteindre ce volume. La paupière était fermée et le globe tout à fait immobile et poussé en avant et en bas. Le malade n'avait jamais eu à se plaindre de la moindre douleur et jouissait d'ailleurs d'une robuste santé. En extirpant la tumeur, on découvrit que son point d'origine était la glande lacrymale. A l'examen microscopique on trouva que le néoplasme était de nature sarcomateuse. (Trans of the Americ. Ophtal. Society. Juillet 1882.)

MM. Power et Juler rapportent le cas d'un fibro-sarcome extirpé, avec léger ptosis consécutif sans récurrence.

On voit donc de quelle importance est l'extirpation dans l'affection sarcomateuse de la glande lacrymale. Sur sept cas que nous avons cités, il y a eu cinq fois guérison, une fois la malade est morte, ayant refusé obstinément toute opération ; une fois enfin sa mort est arrivée par une cause étrangère à la tumeur.

3^{me} Groupe. — Myxome.

Sautereau en présente un cas frappant dans sa thèse inaugurale.

OBSERVATION XVII.

Myxome de la glande lacrymale. — Extirpation.

Gouineau (Adelaïde), âgée de 65 ans, rentière, entra à l'hôpital des Cliniques (lit n° 10), le 24 mai 1869. Cette dame a été toujours bien portante, n'a jamais eu la syphilis.

Il y a plusieurs années (7 ou 8), elle reçut un coup sur l'œil gauche ; à peu près à la même époque, elle perdit son mari, eut un vif chagrin de cette perte et pleura longtemps et beaucoup.

Il y a 4 ans environ, elle s'aperçut que son œil du côté gauche était plus saillant que celui du côté opposé et qu'il se portait manifestement en avant. Son attention était d'autant plus appelée vers cette région, qu'elle y ressentait des douleurs tantôt sourdes, tantôt très-vives qui s'irradiaient dans la tempe.

Le larmolement n'était pas plus abondant que du côté sain.

Depuis cette époque, la projection de l'œil en avant ne fit que s'accroître. A son entrée à l'hôpital, on constate les signes suivants :

L'œil gauche est fortement saillant en avant ; il est en même temps directement dévié en bas. Ses mouvements sont libres : il peut se mouvoir en tous sens autour de son axe. Il n'est pas plus volumineux que son congénère. Une pression légère suffit pour le faire sortir de l'ouverture orbitaire, comme pour l'y faire rentrer.

Néanmoins, l'œil est sain ; la cornée est transparente, la conjonctive sans rougeur. Il y a une cataracte corticale commençante ; mais elle existe des deux côtés et ne peut être mise sur le compte de l'exophthalmie.

Elle n'est pas pourtant assez prononcée pour empêcher l'examen ophtalmoscopique, qui montre que le fond de l'œil est sain, la pupille normale, quoique un peu congestionnée.

En portant le doigt au-dessus du globe, on sent de petits lobules molasses, situés sous l'arcade orbitaire supérieure, qui offrent une certaine apparence de fluctuation, mais qui ne sont pas vraiment fluctuants. Ces petits lobules ne changent pas de place par les mouvements spontanés ou communiqués du globe oculaire.

L'arcade sourcilière, dont on peut aisément sonder les contours, n'a changé ni de volume, ni de caractères, et le sourcil est arqué comme de coutume. La paroi de l'orbite est donc saine.

Il n'y a rien de particulier dans les fosses nasales dont les dimensions sont normales et parfaitement semblables des deux côtés et qui n'offrent aucune tumeur.

Cette dame raconte qu'elle a eu plusieurs épistaxis, mais l'hémorragie se produisait indifféremment par l'une ou l'autre narine. Le sinus maxillaire ainsi que la fosse temporale n'offrent à la vue, ni au toucher, aucun caractère particulier.

L'intégrité des facultés intellectuelles prouve qu'il n'y a rien non plus du côté de la cavité crânienne.

M. le professeur Richet diagnostique une tumeur de la glande lacrymale, et, selon toute probabilité, une de ces tumeurs connues sous le nom d'adénome ou d'hypertrophie. Il éloigne toute idée de tumeur maligne ou de kyste développé dans l'un des conduits de la glande ou dans les mailles du tissu cellulaire voisin.

L'opération de l'extirpation de la glande hypertrophiée a eu lieu le 9 juin à l'amphithéâtre de l'hôpital de Cliniques. Elle se fit avec une grande facilité : une première incision courbe, le long de la paroi orbitaire comprenant toute l'épaisseur de la paupière, mit à découvert l'aponévrose orbito-oculaire, qui fut incisée à son tour. A peine celle-ci est-elle ouverte que la tumeur fait hernie à travers les lèvres de l'incision. Elle offre alors une coloration un peu noire avec reflets bleuâtres et ressemble tout-à-fait à un kyste aux parois fortement distendues. Au moment même, M. Richet croit qu'il s'agissait d'un kyste ; mais la pointe d'un bistouri pénétrant dans son épaisseur ne fit point jaillir une goutte de liquide ; il s'agissait bien évidemment d'une tumeur solide.

Elle fut énucléée sans grande difficulté avec l'aide du bistouri et le bout de l'index, puis on fit une torsion du pédicule qui comprenait les vaisseaux et les nerfs de la glande hypertrophiée. Le pansement fut des plus simples : une petite mèche de charpie enduite de cérat est introduite entre les lèvres de l'incision qu'elle a pour but de maintenir béante, et le tout est recouvert d'un linge cératé et d'un gâteau de charpie.

Cette tumeur avait à peu près le volume d'une noix ; elle avait la forme du testicule. Fendue dans son milieu, elle offrait une apparence jaunâtre demi-transparente et gélatiniforme. La coloration noire qu'elle avait dans l'orbite, quand on la mit à découvert, tenait vraisemblablement à la circulation sanguine.

Elle était enveloppée d'une membrane fibreuse très-résistante, qui n'était probablement que l'enveloppe de la glande lacrymale. Un pédicule allongé contenant des vaisseaux et des nerfs la mettait en communication avec le tissu cellulaire de ces organes contenus dans l'orbite.

Si on coupe la tumeur par son milieu, on voit que de l'enveloppe externe se détachent, sous forme de cloisons, des tractus fibreux qui contiennent dans leurs intervalles une matière gélatineuse, jaunâtre,

semi-transparente, parsemée de points rouges provenant de la section des vaisseaux.

Au centre, la coloration est manifestement jaune ; elle tire sur le blanc à la périphérie. A la déchirure, on trouve un aspect granuleux tout-à-fait semblable à celui du testicule, et qui est surtout prononcé à la circonférence. Cette tumeur a été soumise à l'examen microscopique, et voici la note que M. le docteur Legros, préparateur du cours d'histologie, a rédigée :

« Cette tumeur, d'aspect gélatineux, donne par le raclage les éléments du tissu lamineux embryonnaire, à divers degrés de développement (noyaux, corps fusiformes, corps étoilés). Sur les coupes, on distingue au milieu d'une substance amorphe abondante quelques faisceaux de tissus lamineux, et surtout des corps étoilés anastomosés. La tumeur est parcourue par de nombreux vaisseaux.

» Dans quelques points, on voit des corps fusiformes renfermant des granulations graisseuses ; mais la plupart des éléments sont très-transparents, tellement transparents, qu'on ne peut les étudier qu'en les colorant ou en coagulant la substance protéique qu'ils contiennent. C'est une tumeur embryo-plastique ou le myxome des Allemands. »

M. Legros avait surtout examiné la partie centrale de la tumeur quand il fit cette note.

Il rechercha alors la structure de la portion périphérique et y trouva des culs-de-sac glandulaires, plus ou moins altérés, au milieu des autres éléments propres de la glande lacrymale.

Pendant la nuit qui suivit l'opération, le malade ressentit dans l'orbite d'assez vives douleurs. La plaie, cependant, avait, le lendemain, assez bon aspect ; l'œil, toujours projeté en avant, n'était qu'un peu rouge sur la conjonctive. Il y avait également un peu d'œdème des paupières.

Le 11, l'œdème des paupières s'est accru ; la conjonctive rouge, boursoufflée, forme un énorme chémosis autour de la cornée ; l'œil semble être davantage encore propulsé en avant. Il y a très peu de réaction générale.

M. Reichet croit qu'il y a un commencement de phlegmon du tis-

su cellulaire de l'orbite, et que ce chemosis est dû à la gêne de la circulation.

Il incise le chémosis sur plusieurs points, prescrit un cataplasme sur l'œil, fait appliquer 12 sangsues sur la tempe et ordonne un purgatif salin.

Malgré l'énergie du traitement anti-phlogistique, un érysipèle envahit les lèvres de la plaie et les paupières, puis la joue du côté correspondant.

Il n'alla pas plus loin, mais un phlegmon rétro-oculaire se déclarait à peu près simultanément au milieu de symptômes généraux très graves.

Le pus sortit par l'ouverture supérieure, grâce à un petit tube à drainage que Richet avait introduit dans l'orbite et par une ouverture pratiquée à la paupière inférieure. Néanmoins, l'œil s'enflamma à son tour et finit par se vider.

Au moment où la malade quitta l'hôpital (le 5 juillet 1869), les symptômes inflammatoires avaient disparu ; mais la paupière supérieure était très-cédématisée et pendait comme un voile inerte devant le moignon de l'œil. (Sauterau, *Thèse*. Paris 1870.)

Cette observation méritait d'être insérée ici toute entière pour plusieurs raisons : 1° le myxome de la glande lacrymale est très-peu fréquent, et cette observation en est un exemple indéniable ; 2° il n'était pas mauvais de montrer par un exemple que les suites de l'extirpation de cette glande peuvent ne pas toujours être simples, bien que cependant, dans la plupart des cas, elle ne soit suivie d'aucune complication.

Après avoir parlé des trois genres de tumeurs précédentes, nous publierons l'observation d'une tumeur complexe, où toutes ces tumeurs sont représentées et qui par conséquent doit être appelée : *Myxo-adéno-sarcome*.

OBSERVATION XVIII

(Par JOSEPH A. WHITE. — 1882.)

Tumeur de la glande lacrymale. — Myxo-adéno-sarcome.

L'auteur cite le cas d'une malade âgée de 60 ans qui s'est présentée à lui avec un gonflement à la partie externe de la paupière supérieure gauche qu'elle avait eu depuis plus d'un an. L'œil, qui était refoulé vers le nez, était sensible et douloureux au toucher, il y avait un écoulement muco-purulent constant. V. $\frac{100}{20}$ dans les deux yeux. On a fait l'extirpation de la tumeur, qui était étroitement unie au périoste en haut, à la conjonctive en bas et s'étendait en arrière dans l'orbite en comprimant le nerf orbitaire. La glande entière était extirpée et mesurait 1/4 pouce en longueur et 1/4 pouce de largeur. L'examen microscopique par le Dr Ewan Burnet a donné les résultats suivants : Tissu conjonctif assez abondant dans certaines parties, peu dans les autres. L'élément cellulaire était aussi irrégulier dans la distribution. On y trouvait de larges cellules rondes à parois minces et à gros noyaux granuleux, et d'autres cellules plus petites avec ou sans noyaux étaient abondantes. On trouve partout la forme caractéristique du tissu myxomateux ; et, en outre des cylindres et alvéoles tapissées de cellules, disposés surtout près des centres des coupes comme dans l'adénome. Dans deux ou trois endroits seulement, le tissu était normal. L'auteur décrit donc cette tumeur comme un myxo-adéno-sarcome. (Arch. of ophthalmol., 1882.)

4^{me} Groupe. — Filrome.

La glande lacrymale est formée à l'état normal de deux parties : du tissu glandulaire et du stroma fibreux. Si l'hypertrophie porte sur le tissu glandulaire, la tumeur est appelée adénome proprement dit : nous avons déjà vu ce genre de tumeur. Si l'hypertrophie porte sur

la trame fibreuse, la tumeur est nommée fibro-adénome ou peut-être mieux filrome. Du reste, ce diagnostic importe peu au traitement, puisque dans les deux cas l'extirpation est indiquée.

OBSERVATION XIX

(Opération par HALPIN. — 1845.)

Hypertraphie de la glande lacrymale. — (Interstitielle). — Fibro-odénome ou mieux filrome.

Andrew Smith, âgé de 40 ans, vint consulter M. Halpin en novembre 1844. Depuis 16 mois, il s'était aperçu que son œil gauche pleurait beaucoup, surtout quand on l'irritait ou que le malade marchait dans une direction opposée à celle du vent. Il n'existait alors aucune tuméfaction. Mais il y a 12 mois, la paupière supérieure devint raide et enflée, au point qu'il fallait un effort pour l'élever et pour la maintenir dans cet état; bientôt le malade ne put plus la soutenir qu'à l'aide des doigts, et la tuméfaction augmenta graduellement à la longue; le globe oculaire fit saillie hors de l'orbite; on le voyait continuellement recouvert par la paupière supérieure distendue.

La difformité était considérable; et bien qu'il n'y eût pas de douleur, comme c'était là évidemment un cas de tuméfaction de la glande lacrymale, on proposa au malade de l'enlever, mais il n'y consentit point. Enfin, le 2 avril 1845, il revint demander l'opération. Le globe oculaire était complètement hors de l'orbite, couché sur le bord orbitaire de l'os de la pommette; la cornée, d'apparence normale, était tournée en haut et en dehors. L'iris se contractait modérément par le contact de la lumière; mais la vue était très diminuée par la distension du nerf optique et par la pression que la tumeur exerçait sur tout le globe. La paupière offrait une couleur brunâtre, presque pourpre, une surface irrégulière, et elle était traversée en différents sens par des veines variqueuses.

Voici quel fut le procédé opératoire :

M. Halpin fit décrire presque les deux tiers de l'orbite à sa première incision, laquelle fut faite en ligne courbe, à connexité supérieure, commencée immédiatement au-dessus du tendon du muscle orbiculaire, et terminée à un demi-pouce au-dessus de la commissure externe. Elle divisa le sourcil dans toute sa longueur, en laissant du côté du front environ la moitié de sa hauteur. On renversa en bas le lambeau, en le disséquant, ce qui donna beaucoup d'espace. Une ligature fut passée autour de la glande, et on la détacha tout entière de ses connexions, partie avec le doigt, partie avec le bistouri. Pas d'hémorrhagie. La plaie, rapprochée par quatre points de suture, se réunit par première intention dans toute sa longueur. Au bout de sept jours, le malade put retourner chez lui. L'œil rentra peu à peu. Après un mois, il n'y avait plus aucune difformité, et il fallait examiner la région très attentivement pour y reconnaître la cicatrice. La vue de cet œil était aussi bonne qu'elle eût jamais été.

... La glande lacrymale enlevée avait acquis le volume d'un œuf de poule. L'altération qu'elle offrait ne parut point être de nature maligne. Elle présentait, au contraire, un bon exemple de l'hypertrophie interstitielle simple de la glande. La surface était lisse, et sa coupe offrait une masse régulière, homogène, de couleur jaunâtre. (Ann. d'oculistique, t. XIX, p. 159.)

Dans le tableau de Polaillon, nous relevons l'observation suivante qui nous paraît entrer dans le cadre des filromes.

OBSERVATION XX.

Homme, 84 ans. — Durée dix ans. — Pas de douleurs. Ablation.
— Guérison sans récurrence constatée trois ans après l'opération.

La tumeur avait le volume d'une grosse orange. Elle présentait deux lobes. La coupe avait un aspect homogène et une couleur

blanc rougeâtre. La consistante était assez molle, excepté au centre, où existait un noyau dur (Ann. d'ocul. t., XIX).

Les caractères macroscopiques de la tumeur observée par Maslieurat-Lagémard permettent d'affirmer sa nature fibromateuse, bien que cet auteur ait cru à un carcinome.

OBSERVATION XXI.

(Recueillie par MASLIEURAT-LAGÉMARD.)

Fibrome pris pour une tumeur cancéreuse, développée dans la glande lacrymale. — Ablation de cette glande en 1853 par Jules Cloquet.

La nommée M..., âgée de 50 ans, concierge, demeurant rue Richer, née à Paris de parents bien portants et qui n'avaient jamais eu aucune affection cancéreuse, est brune, d'un tempérament sanguin, et jouit habituellement d'une santé parfaite. Elle n'a jamais eu ni dartres, ni syphilis, elle est bien réglée et les trois enfants qu'elle a eus, sont aussi bien portants qu'elle.

En 1850, elle éprouva, au pourtour de l'œil droit, quelques élancements qui n'occasionnaient ni larmoiement, ni rougeur. La tristesse et les larmes qu'elle répandait quelquefois, en augmentaient l'intensité. Elle les attribue à un coup de parapluie qu'elle aurait reçu quelque temps auparavant au niveau de l'angle externe de l'œil.

Après ces premiers symptômes, il ne tarda pas à paraître au niveau de la glande lacrymale une petite tumeur qu'on sentait sous la peau, et qui paraissait être le point central d'où partait les élancements que l'application trop assidue de la vue paraissait rendre plus violents.

Du reste, à cette époque, la surface extérieure de l'œil était complètement saine, et la sécrétion des larmes n'avait subi aucune

modification. Pendant six mois, la tumeur a graduellement augmenté de volume, et les traitements qu'on a prescrit à la malade n'ont procuré aucune diminution de son volume qui égalait alors celui d'un pois. La seule incommodité qu'elle déterminait tenait à la pression qu'elle exerçait sur la partie supérieure et externe du globe oculaire; celle-ci, sans toutefois déplacer l'organe de la vision, faisait que les objets vus de ce côté paraissaient doubles. A cette époque, elle fut enlevée. Peu de temps après, elle reparut de nouveau et fit des progrès plus rapides. Une seconde opération fut encore pratiquée, et la tumeur extraite, à ce qu'assure la malade, car je ne l'ai jamais vue, était ronde, dure, bosselée et un peu jaunâtre.

Deux mois se passèrent sans la réapparition des douleurs et des élancements. Les larmes coulaient avec un peu moins d'abondance que du côté sain quand la malade pleurait et ses souffrances paraissaient presque entièrement dissipées, quand au bout de ce temps tous les symptômes primitifs et une troisième tumeur commencèrent à se développer de nouveau avec les douleurs lancinantes et les autres phénomènes qui avaient accompagné les deux premières. C'est alors que cette femme vint à l'hôpital des Cliniques, où elle entra dans les premiers jours d'avril 1835. Voici comment elle s'offrit à notre examen :

Du côté externe et au-dessous du bord orbitaire de l'œil droit, existe une tumeur de la grosseur d'une petite aveline. Elle soulève un peu la paupière correspondante, et à son centre, qui est noirâtre, il existe une petite cicatrice, résultat des deux premières opérations qui y ont été pratiquées. La tumeur est dure, un peu irrégulière, elle n'adhère pas au rebord orbitaire, ni au globe oculaire qu'elle comprime légèrement et qu'elle pousse un peu en dedans. Il n'y a pas d'exophthalmie. La pression sur la tumeur n'est pas douloureuse et n'augmente pas la sécrétion des larmes. L'œil droit est humide, pâle, il n'offre aucune trace de rougeur, et, lorsque la malade pleure, elle a remarqué qu'il s'écoulait moins de larmes de ce côté que du côté gauche : les douleurs sont alors augmentées.

Le 15 avril, M. le professeur Jules Cloquet, ne doutant pas d'un cancer de la glande lacrymale, en fit l'ablation de la manière suivante : une incision est pratiquée parallèlement au bord orbitaire

supérieur ; elle correspond à la partie centrale de l'ancienne cicatrice et de la tumeur. Les deux lèvres de la plaie sont facilement renversées en haut et en bas de la glande lacrymale tout entière enlevée. L'opération et les suites n'ont rien présenté de particulier, et le 9 mai la malade a pu quitter l'hôpital parfaitement guérie, l'œil conservé, la vision rétablie et n'ayant à la place de la tumeur qu'une cicatrice linéaire.

L'organe enlevé est examiné avec le plus grand soin et l'on constate dans la partie postérieure de la tumeur, la forme, les granulations et la structure de la glande lacrymale. La moitié antérieure est envahie par un tissu dur, bosselé, rénitent, fibreux, blanchâtre, extrêmement résistant et criant sous le scalpel, lorsqu'on l'incise. Sa nature squirrheuse ne paraît pas un instant douteuse.

A la fin de l'année 1838, la malade a été présentée à l'Académie royale de médecine par M. Jules Cloquet. Je l'ai vue de nouveau il y six semaines environ : la guérison s'est parfaitement maintenue, et il n'existe aucune trace de récidive comme après les deux premières opérations. (Maslieurat-Lagémard. Du squirrhe de la glande lacrymale. Arch. gén. de méd. 3^e série, t. VII, p. 90.)

La tumeur décrite par O'Beirne est aussi certainement un fibrome.

OBSERVATION XXII.

(Recueillie par O'Beirne. — 1820.)

Thomas Cooke, de Langford, âgé de 32 ans, d'une force athlétique, fut reçu à l'infirmerie le 30 décembre 1820, atteint de difformité et de trouble dans la vision de l'œil droit. Le globe dépassait d'un demi-diamètre l'œil gauche : il était cependant presque entièrement couvert par la paupière supérieure dont les mouvements

étaient presque entièrement anéantis, comme si elle eût été paralysée. La pupille était dilatée et insensible à la lumière, la cornée transparente était dirigée vers le nez et les points étaient béants.

La portion supérieure et externe de l'orbite était occupée par la tumeur, dont on pouvait tracer exactement toute l'étendue. C'est à son développement qu'on attribuait la saillie de l'œil et le trouble de la vision. Il y avait beaucoup de douleur au côté droit de la tête et de la face : l'impression de l'air froid ou de la poussière donnait lieu à de l'irritation et à un grand larmolement : tous les objets paraissaient doubles ; lorsqu'il se promenait ou qu'il cherchait à atteindre quelque objet, le pied ou la main ne pouvaient arriver au but qu'il se proposait, — en sorte qu'il ne pouvait même pas faire le métier de laboureur. Deux ans avant son entrée à l'hôpital, il s'était aperçu, pour la première fois, d'étincelles et parfois de brouillards, avec une douleur aiguë, intermittente, vers ce côté de la tête et de la face : ce ne fut qu'un an après qu'on put observer une légère saillie et un déplacement du globe de l'œil, mais alors les symptômes devinrent graduellement plus fâcheux.

Le 25 décembre 1820, il fut décidé, dans une consultation, qu'on extirperait la tumeur ; mais on ne se doutait pas à cette époque que la glande lacrymale fût le siège du mal.

On fit d'abord une incision aux téguments de la paupière supérieure, passant de l'angle interne à l'externe. On put alors introduire le doigt dans la plaie et reconnaître que la maladie avait son siège dans la glande lacrymale qui s'était développée et durcie. La glande présentait des granulations, elle était de couleur brune ; son tissu était membraneux et cartilagineux, surtout dans le centre, d'où partaient des cloisons membraneuses qui arrivaient jusqu'à la circonférence : il n'y avait aucune sanie ; la glande avait au moins six fois sa grandeur naturelle.

La glande enlevée, la pupille reprit sur-le-champ son pouvoir contractile, et le globe revint à peu près à sa position naturelle : la vision fut un peu meilleure, mais le rétablissement n'en fut pas complet. Il n'y eut presque pas de sang, et la plaie fut complètement cicatrisée quatorze jours après l'opération. La vue était bonne, il n'était survenu aucune douleur, aucune incommodité dépendante de l'opération ; celles qui existaient précédemment avaient disparu,

et l'œil avait repris sa situation naturelle. La paupière supérieure conservait un relâchement suffisant pour cacher une grande partie de la cornée ; cette indisposition cessa lorsqu'on eut passé sur la cicatrice un pinceau trempé dans un mélange d'une partie d'acide sulfurique sur trois parties d'eau. Au bout de quelques jours, l'eschare produite tomba, et la cicatrisation de l'ulcère détermina la contraction de la paupière ; après quoi le malade quitta l'hôpital complètement guéri, et sans éprouver aucun inconvénient de la perte de la glande lacrymale. (Mackensie, t. I.)

4^e GROUPE. — CARCINOME.

Chloroma. — Eliminons d'abord cette tumeur maligne, désignée sous le nom de chloroma, à cause de sa couleur verte, et dont la nature est à peu près inconnue. La glande lacrymale n'en est pas seulement le siège. La dure-mère, l'oreille, les os du crâne peuvent être atteints et quelquefois primitivement. Les symptômes ne peuvent être caractéristiques, puisque plusieurs organes peuvent être pris à la fois. Le diagnostic ne pourra souvent être fait qu'après la mort. Du reste, l'extirpation de la glande n'est qu'un traitement palliatif, car la généralisation est certaine.

Carcinome. — Arrivons maintenant au carcinome vulgaire. Dans la glande lacrymale, comme partout, il peut s'en développer de deux espèces : le carcinome fibreux (squirrhe) et le carcinome encéphaloïde ou médullaire. Exposons, pour chacun de ces genres de carcinome, des exemples d'extirpation, opération qui n'est pas nécessairement suivie de récidive, et qui peut par conséquent sauver la vie à beaucoup de malades.

Nous rapportons tout au long une observation de Toôd, en vertu de son importance historique, car elle est un des premiers exemples d'extirpation de la glande lacrymale.

OBSERVATION XXIII

(Recueillie par TOOD. — 1821.)

Carcinome fibreux (squirrhe) de la glande lacrymale.

Jane Worthington, âgée de 70 ans, fut admise à l'hôpital chirurgical de Richemont, le 26 août 1821. La glande lacrymale formait chez elle une tumeur irrégulière, étendue, placée à la partie supérieure de l'orbite, et faisant une saillie de plus d'un demi-pouce en dehors de l'arcade sourcilière ; elle était recouverte par la paupière supérieure, à travers laquelle on apercevait les éminences tuberculeuses dont elle était formée. La tumeur était dure, légèrement mobile, transversalement ; quelques-unes des personnes qui l'ont examinée pensaient qu'elle adhérait à la voûte de l'orbite.

Le globe de l'œil n'était pas développé, mais il était chassé en dehors par la tumeur, et tellement bas que la cornée transparente était presque sur la même ligne que le bord de l'aile du nez. La paupière inférieure était renversée, et paraissait entraînée en bas par le globe ; il y avait un chémosis et une turgescence considérable des vaisseaux superficiels de l'œil.

La transparence de la cornée n'était que légèrement obscurcie, et quoique la vision fût détruite par la pression de la tumeur et l'extension du nerf optique, cependant il n'y avait aucune maladie apparente de l'intérieur du globe. Les douleurs étaient intenses, lancinantes, s'étendaient de la tumeur à l'œil, avec sensation de chaleur et écoulement de larmes brûlantes.

La malade rapporta cette affection à un coup qu'elle avait reçu il y a environ sept ans ; depuis ce moment, elle avait été sujette à un larmoiement abondant, mais elle n'avait éprouvé aucun autre inconvénient jusqu'à l'an passé, époque à laquelle la tumeur s'était projetée sous l'extrémité temporale du sourcil. Dans les premiers temps, elle n'avait éprouvé aucune douleur, aucun mal de tête ; mais depuis et à mesure que la tumeur avait fait des progrès, les accidents avaient tellement augmenté qu'elle était très impatiente de

se soumettre à une opération qui lui présentât quelque espérance de soulagement.

Le 30 août, par une incision transversale aux téguments et parallèle au bord supérieur de l'orbite, la tumeur fut mise à découvert, la glande se trouvait profondément engagée dans l'orbite, et la surface du côté de l'œil présentait des lobes irréguliers qui s'étaient insinués entre les muscles et les autres parties contenues dans l'orbite, de manière à en rendre la séparation difficile. En quelques minutes, cependant, la tumeur fut extraite tout entière, et on ne découvrit dans l'orbite aucune autre partie malade. Comme il n'y avait pas d'hémorrhagie, on ramena doucement le globe de l'œil dans sa situation naturelle.

En examinant la glande, on la trouva plus grosse qu'une noix ; elle présentait à sa face tournée vers l'œil, plusieurs éminences ou lobes, qui étaient séparés par des interstices profonds ; elle était presque aussi dure qu'un cartilage. — La section de cette glande mit à découvert plusieurs petits kystes contenant un fluide glaireux ; les interstices étaient remplis par une substance grasseuse, traversés par quelques bandes membraneuses.

Deux heures après, il survint une hémorrhagie alarmante qui fut cependant arrêtée par la compression avec le doigt, puis avec un tampon ; au bout de quelques jours, le sang coagulé contenu dans l'orbite commença à se dissoudre. La suppuration s'établit bientôt après, et le globe de l'œil se replaça lentement dans sa situation naturelle. Depuis ce moment, le rétablissement de la malade se fit sans interruption ; elle put quitter l'hôpital le 10 septembre sans qu'il y eût aucune apparence de récurrence de la maladie ; quoique l'œil parût sain et que la position fût presque naturelle, la vue était totalement détruite. — (Tood, Mém. de chirur. étrang. Extrait de Dublin hospital's report t. III.)

Dans le cas suivant, Lawrence emploie un nouveau procédé pour l'ablation de la glande. On a l'habitude de donner son nom à ce procédé. Aussi publions-nous toute entière l'observation qu'il a écrite.

OBSERVATION XXIV

(Recueillie par Lawrence 1835.)

Carcinome Abreux.

Cliston, âgé de 24 ans, se confia à mes soins le 14 mars 1835. Sept ans auparavant, il avait été violemment frappé à la paupière gauche par une pomme qui lui avait été lancée. Cette contusion donna lieu à un gonflement considérable qui se dissipa par degrés. Deux mois après, la paupière se tuméfia de nouveau et donna lieu à une douleur vive qui se dissipa complètement après un mois de durée. Ce gonflement était accompagné d'un larmoiement abondant qui augmentait par l'exposition de l'œil à l'air. Peu à peu, cet organe devint saillant, fut poussé hors de l'orbite et ses fonctions s'abolirent. Il s'enflamma cependant et fut le siège de vives douleurs, quinze jours avant l'admission du malade. La paupière supérieure offre une tuméfaction générale plus prononcée vers l'angle externe. Le globe de l'œil et la paupière inférieure, repoussés en bas, ont atteint le milieu de la distance qui sépare le nez de l'orbite ; mais quoique le premier soit sorti de la cavité orbitaire, les paupières sont tiraillées de manière à le recouvrir complètement. Une tumeur dure, à surface tuberculeuse, fait saillie au-dessous du bord supérieur et au côté externe de l'orbite. Il semble qu'on peut lui imprimer quelques mouvements de latéralité, sans toutefois pouvoir bien s'assurer de ce caractère.

L'extirpation fut pratiquée le 15 mars ; une incision de trois pouces fut faite au niveau du pli de la paupière supérieure et menée de la racine du nez jusque vers la tempe. Une deuxième incision coupant la première à angle droit fut pratiquée, dans l'étendue de deux pouces, sur le front et la partie supérieure de l'orbite. Il fut nécessaire d'en faire une troisième qui, née de la première, fut menée à la rencontre de l'arcade zygomatique.

Après avoir renversé les lambeaux résultant de cette incision cruciale, on enleva la tumeur qui ne tenait aux parties voisines que

par du tissu cellulaire. Elle avait le volume d'une noix et offrait une texture homogène ; sa couleur était jaunâtre et elle offrait dans un point une apparence radiée ; sa consistance égalait presque celle du cartilage et elle offrait la plus grande ressemblance avec le squirrhe de la mamelle.

Le malade perdit beaucoup de sang pendant l'opération et la plaie en étant remplie, on ne put en découvrir la source. L'hémorragie continua pendant une demi-heure, affaiblit beaucoup le malade ; enfin, on pratiqua une ligature qui l'arrêta. Le succès fut complet.

OBSERVATION XV.

(Prise dans le tableau de Polaillon.)

Homme, 22 ans, d'une bonne santé. Durée deux ans. Ablation. Récidive après cinq mois. Seconde opération suivie de succès. La première tumeur, examinée au microscope, était formée par une multiplication des éléments normaux de la glande qui, en certain cas, avaient subi la dégénérescence graisseuse, ce qui donnait à la coupe l'aspect réticulé d'un carcinome. La tumeur récidivée n'était pas de nature glandulaire, mais plutôt de nature érectile. (Busch. Chirur. Beobach. 1854.)

OBSERVATION XXVI.

Carcinome encéphaloïde de la glande lacrymale. (Mackensie, t. III.)

C. M. . . , célibataire, âgée de 33 ans, vint me consulter le 22 septembre 1857. Il y a six semaines que son œil droit est saillant hors de son orbite. Elle ne peut soulever complètement sa paupière supé-

rieure. Le globe oculaire est abaissé et ne peut être dirigé en haut. On sent dans la région de la glande lacrymale une tumeur bosselée, mais non dure. La malade n'accuse aucune douleur. La vision est obscurcie, de sorte qu'elle ne peut lire que lentement. Avant que je l'eusse vue, elle avait éprouvé dans le côté droit de la poitrine des douleurs pour lesquelles on lui avait appliqué des sangsues et un vésicatoire. Des applications de sangsues sur la tumeur orbitaire, l'iodure de potassium *intus* et *extra* n'ayant amené aucune amélioration, je procède à l'extirpation de la glande. Elle était molle partout et offrait l'aspect cérébriforme. Après son extirpation, je pus facilement introduire le doigt profondément dans l'orbite.

Quelques jours après l'opération, dont la malade se remit parfaitement, elle me montra une masse cancéreuse dure, située sous la peau, à laquelle elle adhérait, et occupant l'espace qui s'étendait entre la mamelle gauche et le creux axillaire.

Peu de temps après être retournée chez elle, cette malade fut prise, à gauche, d'une hémiplegie partielle; le membre inférieur n'était pas affecté. Une tumeur dure commença aussi à se rencontrer au-dessus de l'arcade orbitaire droite; elle était indolore; mais la paupière supérieure était très tuméfiée et sa coloration altérée, le globe de l'œil fort saillant en avant et la vision éteinte.

OBSERVATION XXVII.

(Résumée par Polaillon.)

Homme, 38 ans, d'une forte constitution. Durée trois ans. Sensation de picotement dans la tumeur, assez forts pour interrompre le sommeil du malade. Aucun trouble de la sécrétion. Extirpation pendant laquelle un kyste fut ouvert. Guérison un mois après l'opération. La tumeur était formée par un mélange de tissu glanduleux et de tissu encéphaloïde ramolli. (Mackensie, t. III.)

Alt a rapporté un cas très curieux de tumeur maligne de la glande lacrymale, offrant les caractères histologiques d'un adénome. Cette tumeur fut extirpée, mais récidiva.

OBSERVATION XXVIII.

(Par Alt.)

Tumeur maligne de la glande lacrymale offrant les caractères histologiques d'un adénome.

X... , dentiste ; il y a 4 ans, voit apparaître, à la suite d'une contusion de la région temporale gauche, un gonflement de la paupière supérieure du même côté. Un médecin fait une première tentative d'ablation : il enlève une matière analogue à du sébum, mais ne réussit point à extirper la poche kystique. La tumeur reparaît, et par compression du globe oculaire, elle amène une diminution de l'acuité visuelle ; seconde ablation deux ans plus tard ; nouvelle récurrence le 20 octobre 1879. O. G. dirigé en bas et en dehors, de sorte que le bord de la pupille correspond au bord de la paupière inférieure qui est refoulée en bas par le globe de l'œil, au point qu'elle est à 2 millim. plus bas que celle du côté opposé. La paupière supérieure est transformée en une tumeur lobulée élastique, s'étendant d'un rebord orbitaire à l'autre. Point fluctuant au centre ; cette tumeur ne se meut point avec le globe de l'œil, et elle semble faire corps avec le périoste orbitaire. Epiphora ; pas de paralysie des muscles de l'œil ; V. $\frac{20}{200}$. La pupille réagit lentement. Rien dans le corps vitré ; anémie artérielle de la rétine et de la pupille, veines larges et sinueuses. 22 octobre, ablation : incision parallèle au bord de l'orbite ; la tumeur est solide, mais si peu consistante qu'il est impossible de l'enlever en une fois tout entière ; on la détache des tissus voisins avec le manche du scalpel et on l'extrait par morcellement ; elle entre dans l'orbite, mais sa plus grande partie se trouve en haut et en dehors ; le volume total était celui d'une châtaigne : hémorrhagie insignifiante. 5 sutures ; partie interne de la plaie laissée ouverte. Réunion par première intention : guérison au bout de 8 jours. Cinq mois plus tard, il n'y avait pas de récurrence, mais au mois d'août 1880, l'auteur reçut une lettre relativement à l'état de ce malade ; l'état local était toujours satisfaisant, mais il n'était pas possible de conser-

ver des doutes sur l'existence d'une tumeur intra-crânienne. Examen anatomique : la tumeur, à un faible grossissement, présente les caractères d'un épithélioma tubulé, seulement les cellules des cylindres sont placées autour de canaux ouverts et ces cylindres ont un revêtement endothélial et une membrane propre. En somme, il n'existait dans la production que les éléments normaux de la glande lacrymale ; seulement les cylindres étaient plus nombreux et le tissu conjonctif était plus abondant que dans les circonstances ordinaires. L'auteur qui n'avait été prévenu de la récurrence intra-crânienne au moment de sa communication conclut de l'examen histologique, des symptômes cliniques et de l'âge du malade, que l'on avait affaire plutôt à un adénome qu'à un carcinome glandulaire ; la suite a prouvé que ce diagnostic était inexact. (Arch. of opht. 1880.)

La seule publication qui existe au sujet de l'épithélioma de la glande lacrymale est résumée dans les quelques lignes suivantes :

OBSERVATION XXIX.

(Par Mollière et Chandeaux, 1880.)

Epithélioma colloïde intra-acineux de la glande lacrymale.

Observé sur un enfant de 13 ans ; début par douleurs spontanées, puis de la tuméfaction. Symptôme principal : Exorbitis latéral. Extirpation, cicatrisation complète au bout de huit jours. Récurrence sur place au bout de 9 mois. Récurrence sur place au bout de 10 mois. La tumeur pénètre profondément dans l'orbite, ganglion préauriculaire envahi, pas de nouvelle opération. Depuis lors, développement lent et graduel de la tumeur. De l'examen microscopique donné avec beaucoup de détails, les auteurs concluent qu'une tumeur intra-acineuse, développée dans la glande lacrymale et dont l'aspect géné-

ral sur une coupe est commandé par la présence des acini, peut récidiver sur place avec les mêmes caractères, alors que la glande tout entière fait défaut et que les acini ont disparu. (Lyon médical 1880).

6° Grosse. — Enchondrome.

Un seul cas a été rapporté par Busch (Chirurg. Beobacht. 1854. En voici le résumé :

OBSERVATION XXX.

La malade était une femme de 48 ans. L'affection avait débuté il y a 7 ans. Larmoiement. Ablation. Guérison. Reinhard et Wagner examinèrent la tumeur ; la plus grande partie était formée par du tissu cartilagineux, une très petite partie de la glande était restée saine.

§ VI.

6° INDICATION : *Le chirurgien veut se frayer une voie jusqu'au fond de l'orbite.*

M. Badal, chez une jeune femme, dut pratiquer l'ablation de la glande lacrymale pour arriver sur un kyste hydatique logé profondément dans la partie supérieure et externe de l'orbite. Guérison.

§ VII.

7° INDICATION : *Larmoiement.*

Il est évident que le moyen le plus radical pour arrêter le larmoiement, quelle que soit sa cause, est de supprimer l'organe qui

sécrète les larmes. Dès qu'il fut reconnu que la privation de la glande lacrymale n'entraînait aucun accident, les chirurgiens eurent recours, dans les cas rebelles, à ce mode de traitement.

Que l'épiphora soit dû à l'obstruction des voies lacrymales, qu'il soit dû à la déviation des canaux excréteurs de la glande, qui viennent déverser le liquide lacrymal au dehors, comme cela peut se rencontrer dans l'ectropion de la paupière supérieure, on doit recourir sans hésiter à l'extirpation de la glande; quand on a reconnu l'impuissance de tous les autres traitements. On fera d'abord l'extirpation de la portion orbitaire : la plupart du temps cette opération suffira pour l'obtention de la guérison. Mais si le larmolement persiste et qu'à tout prix il faille rechercher sa suppression, malgré les difficultés de la tentative, il faudrait attaquer la glande de Rosenmüller.

Nous donnerons quelques exemples d'extirpation de la glande pour larmolement dû à l'oblitération des conduits lacrymaux.

OBSERVATION XXXI.

Trois extirpations pour larmolements rebelles et dacryocystite.

(Dr Mazzei. 1873.)

Dans deux de ces cas, la glande fut extirpée pour remédier à un larmolement incommode après des essais infructueux pour rétablir les conduits lacrymaux oblitérés. La troisième opération était dirigée contre une dacryocystite rebelle (!), mais n'eut, comme de juste, aucun effet sur cette affection, qui ne céda, en fin de compte, qu'aux astringents et aux caustiques. Bien que l'auteur assure que l'absence de la glande lacrymale est fort bien tolérée, il n'est pas probable que son exemple trouve beaucoup d'imitateurs. (Riv., clin. di Bologna. Juin 1873.)

OBSERVATION XXXII.

(Talko 1872.

Larmolement considérable, ayant résisté à tout traitement, occasionné par l'occlusion presque complète du sac lacrymal. Cette occlusion était causée par des adhérences des parois du sac. Vu l'impossibilité de rendre à ce dernier sa perméabilité à l'aide du cathétérisme, il ne restait d'autre ressource que de pratiquer l'extirpation de la glande. Cette opération fut faite à l'aide d'une incision sous le bord orbitaire.

Dès le troisième jour, la plaie donna issue à du pus de bonne nature ; la paupière supérieure se tuméfia ; mais il n'y eut pas de protrusion de l'œil.

Après 25 jours de traitement consécutif, la guérison était complète. On ne remarqua pas non plus de ptosis de la paupière, contrairement à l'assertion de M. Laurence, parce que le muscle élévateur avait été respecté. M. Talko revit le malade deux mois après l'opération, et il put se convaincre que l'ablation de la glande lacrymale n'avait pas occasionné la sécheresse de l'œil ; ce dernier, autant que son congénère, continuait à être lubrifié par les larmes, ce qui est dû à ce que la portion palpébrale de la glande ou les glandules conglomérées étaient restées intactes. Ce fait a d'ailleurs été observé déjà par Mackensie et par d'autres chirurgiens. (Klin/, Für, Augen.)

Tout dernièrement encore (*Gaz. méd. Paris* 1886), Darier, revenant sur la question, a préconisé l'extraction de la glande pour toutes les fois où le larmolement a résisté aux divers traitements cliniques, et lorsque, par suite de cicatrices, le rétablissement des voies lacrymales est impossible.

M. Badal, pour un cas d'ectropion, a supprimé successivement les

deux portions de la glande lacrymale. Nous reproduisons l'étude qu'il a faite à ce sujet :

OBSERVATION XXXIII.

Extirpation de la glande lacrymale en totalité. Portion orbitaire et portion palpébrale. Considérations anatomiques et physiologiques. Par le professeur BADAL.

L'extirpation de la glande lacrymale peut être pratiquée à des points de vue très différents. Tantôt il s'agit de débarrasser le malade d'un organe dégénéré ou englobé dans une tumeur quelconque, et alors il importe assez peu de savoir quelles relations ont entre elles les deux portions de la glande et quel est leur rôle respectif dans la production des larmes.

Tantôt, ainsi que cela m'est arrivé il n'y a pas très longtemps, le chirurgien, pour se frayer une voie jusqu'au fond de l'orbite, suivant une direction déterminée, peut avoir avantage à pratiquer l'ablation de la portion principale de la glande, la seule qui soit gênante; et la question de savoir si la portion accessoire, ou glande de Rosenmüller, suffira à assurer désormais la lubrification de l'œil, se pose nécessairement et doit entrer en ligne de compte dans le choix du manuel opératoire.

Enfin, l'ablation de la glande lacrymale a été pratiquée d'une manière méthodique, dans le but de mettre fin à un larmolement demeuré rebelle à tout autre moyen thérapeutique. Ici, l'opérateur se trouve placé entre deux écueils : s'il supprime les éléments glandulaires en totalité, la sécrétion lacrymale se trouve nécessairement tarie, ce qui peut avoir des conséquences fâcheuses. Si, au contraire, il se borne à enlever la portion orbitaire de la glande, et l'on n'a jamais été au-delà, le larmolement peut ne pas guérir d'une manière complète.

C'est, en effet, une opinion assez généralement acceptée aujourd'hui, et je la crois juste, que chez beaucoup de sujets atteints d'affections des voies lacrymales, l'épiphora est beaucoup moins la conséquence d'un obstacle à l'écoulement des larmes, que le résultat d'une hypersécrétion réflexe reconnaissant pour cause l'état morbide de la muqueuse du sac lacrymal ou du canal nasal. Sans doute, l'ablation du corps de la glande devra entraîner une réduction considérable dans la quantité des liquides déversés à la surface de l'œil, mais le larmolement pourra néanmoins ne pas être supprimé si la glande accessoire continue à être le siège d'une hypersécrétion très active. Certaines observations ne laissent aucun doute à cet égard.

En pareil cas, personne, jusqu'ici, ne paraît avoir cherché à obtenir quand même la guérison, au prix de l'extirpation des deux portions de la

glande, soit que l'on ait reculé devant les difficultés que présente l'ablation des lobules palpébraux, soit que l'on ait craint d'amener une trop grande sécheresse du globe de l'œil. En ce qui regarde le corps de la glande, il est acquis depuis longtemps qu'elle peut être enlevée sans qu'il en résulte aucune perturbation appréciable dans le fonctionnement de l'appareil de la vision. La seule particularité que présentent ces opérés est de ne plus pouvoir pleurer ! C'est ce que j'ai pu constater très nettement chez une jeune dame que j'ai dû priver de sa glande lacrymale, pour arriver sur un kyste hydatique logé profondément dans la partie supéro-externe de l'orbite.

Je me borne à rappeler ces faits en passant. A cet égard, l'observation que je vais rapporter n'ajoute rien à ce que l'on sait déjà, mais elle présente un réel intérêt sous le rapport de la quantité du liquide lacrymal sécrété respectivement par les deux portions de la glande, et elle pourra jeter, en outre, quelque lumière sur certains points encore obscurs de l'anatomie de cet organe, à savoir : le nombre et la disposition des conduits excréteurs.

Ces conduits sont encore, pour les anatomistes, l'objet de nombreuses dissidences. Quels sont ceux qui viennent du corps de la glande ? Quels sont ceux qui émanent de la portion accessoire ? Quel est le nombre de ces conduits et comment se comportent-ils dans leur trajet, les uns à l'égard des autres ?

Ces questions ne sont pas seulement intéressantes au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pures, elles pourraient avoir aussi pour le chirurgien une certaine importance. Il est fréquent, en effet, dans l'ectropion cicatriciel, d'observer un renversement de la paupière supérieure poussé assez loin pour que les orifices d'une partie des canaux excréteurs se trouvent portés en dehors, et l'hypersécrétion réflexe qui résulte de l'exposition de la muqueuse à l'air, jointe au défaut d'élimination des larmes par leurs voies naturelles, donne lieu à un larmolement contre lequel les traitements ordinaires ne peuvent évidemment rien.

Si la cure de l'ectropion présente des difficultés insurmontables, ce qui n'est pas rare, il serait utile de savoir à quelle portion de la glande lacrymale appartiennent les conduits qui causent le larmolement.

Or, je le répète, les données anatomiques sur lesquelles on pourrait se baser pour cela manquent absolument de précision. Si, comme l'a prétendu Gosselin, et après lui Tillaux, les canaux de la portion orbitaire et de la portion palpébrale sont indépendants les uns des autres, et viennent s'ouvrir isolément sur la conjonctive, il est clair qu'il suffirait, pour faire cesser le larmolement, d'enlever les éléments glandulaires dont les canaux excréteurs viennent déboucher à la surface de l'ectropion. Mais encore faudrait-il savoir quels signes permettent de reconnaître que les conduits en question appartiennent à telle ou telle partie de la glande.

Si, au contraire, comme l'affirme Sappey, l'indépendance des deux portions de la glande lacrymale n'existe pas, en ce sens que les conduits principaux, émanés de la portion orbitaire, reçoivent sur leur parcours les canalicules des lobules situés dans la portion palpébrale, l'extirpation d'une partie de la glande, quelle qu'elle soit, ne peut donner qu'un résultat incomplet.

Les malades chez lesquels, en vue de guérir un larmolement rebelle, on est conduit à pratiquer l'ablation de la portion orbitaire, pourraient permettre de trancher cette question de l'indépendance des conduits, s'il était possible d'observer ce qui se passe du côté des orifices excréteurs, avant et après l'opération ; il suffirait de voir si un certain nombre de canaux ont cessé de fonctionner, ou bien si, au contraire, le liquide continue à sourdre de toutes parts, bien qu'en moindre quantité. Mais les conduits lacrymaux vont déboucher à 4 ou 5 millimètres au-dessus du bord adhérent du cartilage tarse, et on ne peut les mettre à découvert, même en luxant fortement la paupière.

La pathologie apporte ici un concours utile à la solution du problème en permettant de faire dans certains cas d'ectropion, des observations qui sont impossibles à l'état normal. Le fait que voici en est un exemple :

Mariano Fournier, portefaix, âgé de 43 ans, a été piqué au sourcil droit, il y a environ dix ans, par une mouche probablement charbonneuse. Cette piqûre fut suivie d'accidents formidables pour lesquels le malade dut entrer dans un hôpital où il passa neuf mois consécutifs. Des gangrènes étendues se produisirent dans la moitié droite de la face, du front, et du cuir chevelu, et cet homme resta absolument défiguré.

Les téguments des paupières ayant été détruits, il s'ensuivit un ectropion de plus en plus marqué, qui bientôt laissa la cornée complètement à découvert ; une kératite grave en fut la conséquence et, pour préserver l'œil d'une destruction certaine, le chirurgien, dans le service duquel se trouvait le malade, fit une sorte de blépharoplastie au moyen d'un lambeau emprunté à la moitié gauche du front, de manière à pouvoir suturer au devant du globe ce qui restait des paupières.

Dix années se passèrent pendant lesquelles il ne fut fait aucune tentative pour rendre l'œil droit à la vision. L'autre œil avait échappé aux atteintes du mal et était resté parfaitement bon. Par malheur, en mars 1885 cet œil gauche fut atteint d'ophtalmie blennorrhagique, et lorsque le malade se présenta à la clinique, après avoir été traité pendant plusieurs jours par un empirique, la cornée était mortifiée, et la vue perdue sans retour.

Il est difficile, sans avoir vu ce malheureux homme, de se faire une idée des ravages produits par le phlegmon gangreneux dont il a été question. En plusieurs points de la face, il existe des trajets fistuleux par lesquels sont encore éliminées, de temps à autre, des portions d'os nécrosés. L'articulation tempora-maxillaire est complètement ankylosée depuis long-

temps, et pour rendre possible l'alimentation, on a dû faire sauter quelques dents de manière à permettre l'introduction d'aliments préalablement divisés. On ne voit partout que du tissu cicatriciel, et les rares îlots de peau qui subsistent çà et là, ont subi des déplacements considérables ; c'est ainsi qu'une partie du sourcil droit se trouve transportée très haut sur le front, au voisinage de la racine des cheveux.

Pour la paupière supérieure comme pour l'inférieure, l'ectropion est aussi prononcé que possible ; des deux côtés, le bord ciliaire est venu se souder au rebord orbitaire, et la conjonctive a exécuté un mouvement de bascule si complet, que les sutures dont j'ai parlé, unissant les paupières et, pratiquées en vue de recouvrir l'œil, ont porté sur la muqueuse des culs-de-sac, lesquels se trouvent ainsi adossés. Il en résulte que tous les conduits excréteurs de la glande lacrymale s'ouvrent à l'air libre et que l'on voit, par leurs orifices, sourdre des larmes.

L'ensemble de ces orifices s'étend sur une surface d'environ 1 centimètre en largeur et 2 centimètres $\frac{1}{2}$ en hauteur, placée à la partie supéro-externe de l'orbite, les orifices les plus élevés étant à environ un $\frac{1}{2}$ centimètre du rebord orbitaire supérieur, les plus inférieurs à 2 centimètres au-dessous, c'est-à-dire au niveau d'une ligne passant par la partie médiane du rebord orbitaire inférieur. La paupière supérieure, par suite d'une rétraction cicatricielle, qui a surtout porté en dehors et en bas, a dû éprouver dans ce sens un mouvement de torsion qui est venu plaquer une partie de la conjonctive fort au-dessous de la fente palpébrale, sans quoi on ne s'expliquerait pas qu'un certain nombre de conduits lacrymaux vinssent s'ouvrir aussi bas.

Malgré ces désordres, et une exposition à l'air qui s'est prolongée des années, cette partie de la conjonctive a conservé à peu près son aspect normal. Sa surface, lisse et rosée, est lubrifiée constamment par un liquide d'une fluidité et d'une transparence parfaite qui arrive en assez grande abondance pour obliger le malade à s'essuyer fréquemment.

Si l'on irrite la muqueuse oculaire en exerçant des frottements avec le doigt, un linge ou les barbes d'une plume, la sécrétion augmente dans des proportions considérables et l'on voit, en quelque sorte, pleurer les conduits excréteurs, quelques-uns beaucoup plus que d'autres.

Il est bien probable que le larmolement qui existe d'une manière constante, en l'absence même de toute excitation particulière, est le résultat d'une suractivité fonctionnelle réflexe due à l'action de l'air sur la conjonctive, et il m'a paru impossible de tirer de ce fait aucune indication relativement à la quantité de liquide sécrété à l'état normal, question sur laquelle on n'a que des données assez vagues.

La plupart des physiologistes admettent que, dans les circonstances ordinaires, cette sécrétion est nulle ou à peu près ; les autres humeurs conjonctivales suffisant à elles seules à la lubrification de l'œil. La sécrétion lacrymale proprement dite n'aurait lieu que dans des conditions particulières : excitation des muqueuses oculaire ou nasale, émotions vives, douleur

physique, efforts accompagnés de congestion vers la tête, présence de corps étrangers, ophthalmie, etc. On s'expliquerait ainsi qu'après l'ablation de la glande lacrymale, la conjonctive reste aussi humide qu'auparavant.

La suppression de la glande ne deviendrait sensible que dans les cas où l'opéré est excité à pleurer. Il en serait de même chez les personnes affectées de diminution ou d'abolition de la sécrétion lacrymale (xérome lacrymal), par suite d'une atrophie, le plus souvent sénile, de la glande, d'une oblitération de ses conduits excréteurs, ce qui est fréquent dans le trachome, ou bien enfin, par suite d'une altération morbide de son parenchyme. Mais il me paraît bien difficile d'affirmer, en pareil cas, la suppression absolue de toute sécrétion, et les auteurs qui considèrent la glande lacrymale comme inutile à la lubrification habituelle du globe oculaire, me paraissent se baser uniquement sur les résultats fournis par l'extirpation de la portion orbitaire de cet organe. Nulle part, je ne vois mentionner chez l'homme l'ablation complète des deux lobes de la glande à l'état d'intégrité, l'œil étant conservé, et il semblerait que la portion palpébrale, très difficile, comme on le verra, à enlever en totalité sans compromettre la paupière, ait toujours été considérée comme négligeable sous le rapport de la quantité des liquides sécrétés.

A en juger par ce qu'il m'a été donné d'observer, cette opinion n'est pas exacte. Si l'œil paraît n'avoir jamais souffert de ce que l'on appelle communément l'*extirpation de la glande lacrymale*, cela tient à ce que toujours, en pareil cas, la portion palpébrale a été respectée, et il ne me paraît pas démontré que l'ablation complète de tous les éléments glandulaires soit sans inconvénients.

Les faits de xérophtalmie lacrymale, par suite d'atrophie sénile ou inflammatoire de la glande, l'œil restant aussi humide qu'à l'état normal, me semblent encore moins probants. La perte de la faculté de pleurer, donnée comme le signe de cette affection, s'observe également chez les personnes qui ont subi l'ablation de la portion orbitaire avec conservation de la portion palpébrale; et ce qui se passe chez les granuleux donnerait à penser que la glande de Resenmüller joue un rôle important et peut-être prépondérant dans la lubrification de l'œil. Il est bien probable, en effet, que le xérosis cornéen qui succède au trachome invétéré, est dû à la sécheresse de l'œil, au moins autant qu'à l'état rogneux de la conjonctive palpébrale. Or, chez ces malades, c'est la portion de la glande contenue dans l'épaisseur de la paupière, qui a surtout souffert et s'est atrophiée, et ce qui prouve bien que la portion orbitaire est restée indemne, au moins d'une manière relative, c'est que les granuleux n'ont pas du tout perdu la faculté de pleurer.

J'ai dit que chez notre malade *tous* les orifices des conduits excréteurs se trouvaient mis à découvert. Ce qui me le fait supposer, c'est, avant tout, le nombre de ces orifices, fort supérieur à celui qu'indiquent les anatomistes, et aussi leur groupement assez net sur une surface bien

limitée par une bande de conjonctive d'apparence normale et privée de toute sécrétion.

Aucune disposition ne pouvait mieux se prêter à la détermination du nombre des conduits lacrymaux, non pas que tous leurs orifices fussent apparents, le plus grand nombre au contraire étaient invisibles, mais il suffisait d'essuyer la muqueuse pour qu'aussitôt on vit, de toutes parts, sourdre le liquide lacrymal sous forme de fines gouttelettes, marquant l'emplacement des orifices excréteurs. Toutefois il a fallu m'y prendre à diverses reprises pour les compter ; en effet, si la plupart d'entre eux se montraient distants les uns des autres de deux ou trois millimètres, quelques-uns se touchaient presque et les gouttelettes qui s'en échappaient se réunissaient aussitôt en une seule ; il fallait une attention extrême pour saisir le moment où le liquide commençait à sourdre. Malgré des observations répétées, il me serait difficile de dire à deux ou trois unités près le nombre exact des canaux ; il m'a paru être de dix-huit à vingt ; il n'était certainement pas inférieur à quinze.

Les premiers anatomistes qui ont étudié les conduits lacrymaux en admettaient de douze à quatorze ; d'après Hirschfeld et Gosselin, leur nombre varierait de six à douze ; il serait de sept à huit au plus pour Sappey. Or, chez notre malade, ce chiffre se trouve doublé, pour le moins, et il est difficile d'admettre que les désordres dont les paupières ont été le siège, aient pu donner lieu à la formation de nouveaux orifices.

Faut-il supposer que le nombre des conduits lacrymaux est extrêmement variable d'une personne à l'autre, ce qui, du reste, semble résulter des chiffres si divers fournis par différents observateurs, et que nous sommes en présence d'un sujet particulièrement bien doué sous ce rapport ? La chose n'est pas impossible.

Je me permettais cependant de faire remarquer que le procédé d'exploration mis en usage par M. Sappey, pour déterminer le nombre des canaux excréteurs, et rapporté dans son traité classique d'anatomie, ne me semble pas à l'abri de toute critique. Ce procédé consiste, la paupière supérieure et la glande lacrymale étant enlevées à pratiquer une série d'injections au mercure. Mais comme l'embouchure des conduits se dérobe à l'examen le plus attentif, du moins chez l'homme, l'opérateur doit procéder par tâtonnements, en présentant obliquement la pointe du tube à injection à la surface de la conjonctive, et en la faisant glisser de bas en haut. « Si la pointe passe à côté des orifices cherchés, elle glisse sans s'arrêter ; si elle rencontre sur son trajet un de ces orifices, elle s'y engage et s'y arrête brusquement. Le robinet ouvert, le métal se précipite dans le conduit qu'il remplit. Ce premier conduit découvert, on procède de la même manière à l'injection de tous les autres. »

M. Sappey a pu injecter ainsi non seulement tous les conduits de la glande, mais la totalité de ses lobules.

Malgré l'autorité qui s'attache aux travaux du savant anatomiste, il reste quelques doutes dans mon esprit sur la valeur du procédé, et par

suite, sur le nombre des canaux mis en évidence. Rien ne prouve que la pointe du tube à injection cherchant *par tâtonnement* les orifices des canaux excréteurs, parvienne à les rencontrer tous, et surtout à s'y engager. Ce fait, que la matière à injection a rempli la totalité des lobules, ne prouve pas davantage d'une manière certaine que tous les conduits ont été injectés isolément, la pression du mercure pouvant fort bien avoir rompu les parois d'un certain nombre de canalicules, de manière à permettre au métal de se répandre dans les lobules voisins. L'auteur reconnaît lui-même que ces injections sont délicates.

Le même doute subsiste relativement à la distinction à établir entre les canaux de la portion orbitaire et ceux de la portion palpébrale de la glande. Ces derniers, que M. Sappey désigne sous le nom de conduits *accessoires*, seraient au nombre de deux ou trois seulement qui viendraient exclusivement des lobules excentriques de cette portion palpébrale. Les canalicules des partis des autres lobules iraient déboucher dans les canaux de la portion orbitaire, sur laquelle ils seraient disposés à peu près comme les barbes d'une plume sur leur tige commune.

Si cette disposition était constante, il s'ensuivrait que l'ablation de la portion orbitaire de la glande ne pourrait tarir la sécrétion d'aucun des canaux excréteurs, chacun d'eux continuant à recevoir le liquide venu des lobules palpébraux. Ce n'est pas ainsi, comme on le verra, que les choses se sont passées chez notre malade : l'extirpation du corps de la glande a mis complètement à sec un certain nombre de conduits, et il faut bien en conclure que ceux-ci étaient indépendants de la portion palpébrale. C'est, du reste, ce qui ressort des recherches de MM. Gosselin et Tillaux, et bien que M. Sappey s'élève avec force contre cette manière de voir, il me paraît difficile de ne pas admettre cette disposition des canaux, au moins pour certains sujets.

J'ai été conduit à enlever successivement chez mon malade les deux portions de la glande, pour les raisons suivantes : déjà privé de l'usage de l'œil droit, au-devant duquel avaient été suturés les débris des paupières, ce malheureux avait plus tard perdu complètement l'œil gauche à la suite d'une ophtalmie suppurative. Ne pouvant rien faire pour cet œil, je me demandai s'il ne serait pas possible de rendre quelque vision à son congénère, bien qu'il parût en assez mauvais état. Un certain nombre des sutures pratiquées autrefois avaient manqué ou cédé avec le temps, et l'œil n'était rien moins que protégé par quelques ponts membraneux qui figuraient les paupières. Exposée à l'air dans les parties découvertes, n'étant plus lubrifiée par les larmes et ne pouvant par elignement se débarrasser des poussières atmosphériques, la cornée s'était recouverte d'un épais pannus et ne se distinguait même plus de la sclérotique. A peine existait-il une faible perception lumineuse.

Je me demandai si une blépharoplastie qui permettrait de recouvrir et de protéger l'œil d'une manière efficace, suivie d'un traitement approprié, ne parviendrait pas à rendre quelque transparence à la cornée. Mais tel

était l'état des parties molles jusqu'à une distance considérable du pourtour de l'orbite, qu'il ne fallait pas songer à trouver un lambeau dans la région. Des greffes dermiques pouvaient seules être tentées, et il me parut que le plus sûr moyen d'arriver à un bon résultat était d'aviver la conjonctive, sans chercher à réduire un ectropion extrêmement prononcé et qu'une rétraction cicatricielle énorme avait depuis longtemps fixé dans sa position. Mais une difficulté se présentait : comment pratiquer des greffes sur une surface qui était le siège d'une sécrétion abondante que l'avivement de la muqueuse ne tarirait certainement pas ? Il fallait avant tout supprimer cette sécrétion, et l'extirpation de la glande lacrymale était le seul moyen d'y arriver.

Je m'étais flatté de cette idée que les glandules palpébraux, à la suite de la destruction de presque toute l'épaisseur de la paupière, avaient disparu ou s'étaient atrophiés, et j'espérais que l'ablation de la portion orbitaire me permettrait d'atteindre mon but.

J'avais à choisir, pour l'opération, entre un certain nombre de procédés.

Lawrence s'ouvrait un chemin vers la glande par une incision faite immédiatement au-dessous du sourcil, suivant le tiers externe du rebord orbitaire.

Halpin, pour éviter d'avoir une cicatrice apparente, plaçait son incision dans le sourcil préalablement rasé et abaissé jusqu'au niveau de l'orbite, les paupières étant tirées fortement en bas.

Tillaux, faisant remarquer que la loge fibreuse de la glande est constituée en haut par le périoste, conseille, après avoir divisé les parties molles jusqu'au rebord orbitaire, d'inciser le périoste en ce point, de le décoller de la paroi orbitaire supérieure et de l'abaisser de façon à pénétrer dans l'orbite. On rencontre aussitôt la glande lacrymale dont les granulations se voient à travers le périoste aminci, et on l'extirpe avec la plus grande facilité.

Dans ces trois procédés, l'incision cutanée est à peu près la même. Velpeau opérerait d'une manière différente ; il sectionnait la commissure externe, prolongeait son incision vers la tempe, relevait fortement la paupière supérieure et divisait la conjonctive au niveau du sillon oculo-palpébral.

Chacune de ces manières de faire a ses avantages et ses inconvénients propres. Dans les procédés autres que celui de Velpeau, l'incision cutanée s'étend sur une grande partie du rebord orbitaire, et, si l'on ne ménage pas suffisamment le releveur de la paupière supérieure, on s'expose à un ptosis permanent. On a même parlé de lésion possible du muscle droit externe et de l'artère temporale.

L'opération de Velpeau aurait l'inconvénient, lorsque la réunion se fait par seconde intention, de déplacer la commissure externe des paupières, d'où résulterait une petite difformité. Cependant, il m'est arrivé maintes

fois d'enlever les tumeurs de l'orbite en procédant de cette façon, et jamais il ne m'est arrivé d'avoir de cicatrice vicieuse.

Ce procédé, à mon avis, est infiniment préférable à tout autre. L'incision du cul-de-sac conjonctival qui ouvre la cavité orbitaire, ou plus exactement la loge fibreuse de la glande, se trouve, après l'opération, cachée profondément, placée à l'abri de l'air, et les bords de la plaie se rapprochent d'eux-mêmes, sibien que toute suture en ce point est parfaitement inutile ; il suffit de suturer la commissure externe.

Quel que soit le procédé auquel on ait recours, il n'y a plus, lorsqu'on est arrivé sur la glande, qu'à l'attirer en avant avec un crochet et à l'énucléer en s'aidant du doigt, de la sonde cannelée ou des ciseaux courbes. Lawrence recommande de ne pas pousser avec trop de violence le doigt dans l'orbite, de crainte de luxer la glande qui n'est que faiblement attachée au périoste, et il conseille, dans le cas où l'on aurait quelque doute sur la nature des tissus que l'on enlève, de les diviser afin de s'assurer qu'on n'a pas enlevé un peloton de graisse, mais la glande elle-même. La section de la glande lacrymale est dense, brunâtre, et montre la structure globuleuse des glandes en grappes.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les suites de l'opération sont en général très simples. Le seul accident immédiat assez souvent noté, est une petite hémorragie résultant de la section de l'artère lacrymale. On s'en rend facilement maître par des irrigations froides, la torsion du pédicule vasculaire, ou un tamponnement de quelques minutes.

J'ai été surpris de lire dans nos dictionnaires de médecine et de chirurgie en cours de publication, que la plaie laissée par l'ablation de la glande lacrymale doit nécessairement suppurar. Rien n'est moins exact, la réunion par première intention est la règle.

Je ne pouvais chez mon malade, recourir au procédé de Velpeau, par la raison qu'il n'y avait plus en réalité ni paupières, ni commissures, et je crus sage de prendre pour guide le rebord orbitaire.

L'opération fut pratiquée le premier mai, avec le secours du chloroforme. Une incision longeant la partie supéro-externe de l'orbite mit à nu l'apnévrose que je divisai sur la sonde cannelée, après quoi j'arrivai facilement sur la glande, qui fut saisie le plus loin possible avec un double crochet et détachée avec précaution de ses adhérences celluluses. De petites pinces à forcipressure durent être appliquées à diverses reprises, et la section de l'artère lacrymale, au moment où je terminais l'opération, donna lieu à une hémorrhagie sans importance, que j'arrêtai facilement.

La glande, ainsi énuclée tout d'une pièce, ou à peu près, se présentait sous la forme d'une mince languette qui s'étendait du milieu du rebord orbitaire jusqu'au voisinage de la commissure externe, et s'enfonçait dans l'orbite à une profondeur d'au moins trois centimètres. Les dimensions en surface étaient donc notablement supérieures à celles qu'indiquent les traités d'anatomie. La loge fibreuse, qui contenait cette portion orbitaire de la glande lacrymale, formait une cavité parfaitement limitée, sans aucun

diverticulum, et sans communication apparente avec les lobules palpébraux. Je ne parle pas, bien entendu, des canaux excréteurs invisibles à l'œil nu. C'est, du reste, la disposition signalée par M. Tillaux comme étant de beaucoup la plus fréquente.

La plaie fut réunie par quelques points de suture au crin ; la cicatrisation se fit par première intention, et aussi longtemps que fut maintenu le bandage, toute sécrétion sembla avoir disparu. Mais il n'en fut plus de même lorsque l'œil cessa d'être protégé. Nous pûmes constater alors que les orifices placés à la partie supérieure de la conjonctive avaient seuls cessé de sécréter, tandis que l'écoulement des larmes continuait à se faire par ceux de la partie inférieure. Un groupe de cinq ou six orifices placés en dehors, au voisinage de la région temporale, fournissait une sécrétion relativement abondante ; un second groupe de trois ou quatre, situés plus en dedans, ne laissait échapper des larmes que lorsqu'on irritait la conjonctive ou la cornée.

Somme toute, le larmolement, bien que diminué dans la proportion des deux tiers environ, n'en continuait pas moins avec une certaine abondance et, comme je suis absolument certain d'avoir enlevé dans cette première opération toute la portion orbitaire de la glande, il fallait bien en conclure que les glandules palpébraux ne jouent pas un rôle aussi effacé qu'on pourrait le croire, je ne dirai pas dans la sécrétion des larmes, puisqu'il est constaté que les sujets qui en sont réduits à cette portion de la glande ont perdu la faculté de pleurer, mais dans la lubrification de l'œil.

Une seconde conclusion à tirer de ce fait est que tous les canaux excréteurs de la portion orbitaire ne reçoivent pas de canicules venus de la portion palpébrale, sans quoi l'extirpation du corps de la glande ne pourrait tarir complètement la sécrétion d'un certain nombre de conduits.

Cette première opération n'ayant pas donné le résultat que j'en attendais, je pris le parti, quelques semaines après, d'enlever ce qui restait de la glande lacrymale, c'est-à-dire la portion palpébrale.

Les lobules palpébraux, dont le nombre, d'après M. Sappey, varie de vingt à quarante, suivant les sujets, au lieu d'être comme ceux de la portion orbitaire, groupés et contenus dans une véritable capsule, sont éparpillés dans l'épaisseur de la moitié externe du cul-de-sac de la paupière supérieure et descendent jusqu'à la commissure et même au-dessous, si bien qu'il n'est pas rare, lorsqu'on pratique la canthoplastie, de voir le tissu glandulaire faire hernie à la surface de la section. Il est même arrivé que de petites fistules lacrymales, difficiles à guérir, ont été la conséquence de ce traumatisme chirurgical.

Cette portion de la glande lacrymale mériterait une étude attentive. La description qu'on en donne est insuffisante. Anatomistes et chirurgiens semblent avoir porté toute leur attention sur la portion orbitaire, dont le rôle physiologique a peut-être été fort exagéré au détriment de celui de la portion accessoire.

Bien que chez notre malade les paupières eussent été à peu près détruites et que toute la région eût subi un bouleversement complet, je devrais, par suite de l'ectropion, trouver les lobules en question en arrière de la conjonctive, contrairement à ce qui a eu lieu à l'état normal. La marche à suivre paraissait tout indiquée : je n'avais qu'à reprendre l'incision pratiquée tout d'abord pour l'ablation de la portion orbitaire, et à la prolonger jusqu'au-dessous de la commissure externe, en continuant à longer le rebord de l'orbite. Je détachai donc la conjonctive de haut en bas, en la disséquant avec précaution, de manière à mettre à découvert, chemin faisant, les lobules glandulaires, assez difficiles à distinguer des pelotons graisseux parmi lesquels ils se trouveraient disséminés. Pour plus de sûreté, j'enlevai tout, ne laissant en avant que la conjonctive fort amincie. Je creusai ainsi une sorte de cupule dont la partie la plus profonde se trouvait au-dessus du ligament angulaire externe et qui, par sa partie supérieure, répondait à la loge fibreuse de la portion orbitaire.

Comme précédemment, la réunion de la plaie se fit par première intention, sauf en quelques points où la conjonctive fort amincie et bordée de tissu inodulaire, se mortifia, et la sécrétion lacrymale sembla tarie jusqu'au moment où cessa l'application du bandeau compressif. Je m'aperçus alors que, par quelques orifices, les larmes venaient sourdre encore à la surface de la muqueuse ; c'était à vrai dire un suintement peu abondant, et après avoir essuyé la conjonctive, il fallait un certain temps pour voir apparaître quelques fines gouttelettes de liquide. Néanmoins, ce qui eût été un succès s'il se fût agi de guérir un larmolement proprement dit, n'était plus qu'un échec, étant donné le but que je voulais atteindre. Aussi, désespérant de supprimer toute sécrétion, sans risquer de détruire le peu qui restait de la paupière, je pris le parti de procéder d'une autre manière à la blépharoplastie projetée.

Cette observation méritait d'être recueillie. L'obligation où je me suis cru placé d'enlever successivement la portion orbitaire, puis la portion palpébrale de la glande, ayant toutes facilités d'observer chaque fois ce que devenait la sécrétion lacrymale, a donné lieu à des remarques intéressantes. Mais on ne doit pas oublier que l'appareil sécréteur des larmes présente des variations considérables, d'un sujet à l'autre, et il ne faudrait pas, d'un fait isolé, vouloir tirer des indications trop générales.

Sous ces réserves, et en tenant compte des observations faites antérieurement par d'autres opérateurs, je terminerai par les conclusions suivantes, applicables tout au moins à un certain nombre de sujets :

1^o La portion orbitaire de la glande lacrymale est parfaitement isolée par sa coque fibreuse de la portion palpébrale ; son extirpation complète ne présente pas de difficulté sérieuse et ne fait courir aucun danger aux opérés.

2^o Rien n'est plus difficile que d'enlever en totalité les lobules de la por-

tion accessoire, disséminés et comme perdus dans l'épaisseur de la paupière.

3° L'ablation de la portion orbitaire n'a aucune influence fâcheuse sur la lubrification de l'œil, qui perd seulement la faculté de pleurer.

4° Il est possible que cette portion de la glande ait pour fonction exclusive la sécrétion des larmes proprement dites. Elle entrerait en activité seulement sous l'influence des causes morales ou physiques qui provoquent les *pleurs*.

5° La glande accessoire aurait, elle, dans ses attributions, conjointement avec les autres glandes des paupières, la lubrification de l'œil. Sa sécrétion permanente et régulière serait peu modifiée par les excitations qui mettent la glande orbitaire en activité.

Si cette hypothèse, appuyée d'ailleurs sur un certain nombre de faits, était exacte la partie de la glande assez dédaigneusement qualifiée d'*accessoire* serait en réalité de beaucoup la plus importante. Au contraire, la partie orbitaire, tout en étant par excellence la glande *lacrymale*, ne jouerait qu'un rôle secondaire.

6° Les canaux excréteurs des portions orbitaire et palpébrale réunies sont, au moins chez certains sujets, en nombre beaucoup plus considérable que ne l'admettent les auteurs modernes. La difficulté extrême que l'on éprouve à mettre les conduits en évidence, sur le cadavre, a peut-être fait qu'un certain nombre d'entre eux ont échappé aux recherches.

7° Il est certain qu'une partie au moins des canaux émanés de la glande orbitaire ne reçoivent pas les canalicules de la portion palpébrale.

8° L'ablation de la portion palpébrale de la glande pourrait être tentée dans les cas où l'extirpation de la glande orbitaire ne parviendrait pas à guérir un larmoiement pénible. Toutefois, la question de savoir si la lubrification de l'œil ne souffrirait pas de cette opération est encore à résoudre.

9° Le procédé le plus simple, pour aller à la recherche des lobules palpébraux, consiste à pratiquer une incision longeant le tiers externe de l'arcade orbitaire et se prolongeant un peu au-dessous de la commissure palpébrale.

10° Dans les cas d'ectropion incurable avec larmoiement abondant, l'extirpation des deux portions de la glande pourra être pratiquée en une seule séance et par une même incision allant de la partie moyenne de l'orbite à la commissure externe.

Vu son importance, nous avons cru devoir publier cette observation *in extenso*; elle nous a servi de guide dans tout le cours de ce travail.

De tous les faits qui précèdent, il résulte que l'extirpation de la glande lacrymale est une opération pratique, précieuse dans beaucoup de cas, et la chirurgie n'a pas tort de rechercher, depuis longtemps, son meilleur mode opératoire.

CHAPITRE IV.

Manuel opératoire.

Nous l'avons déjà vu dans le cours de cette étude, plusieurs procédés ont été employés pour l'extirpation de la glande lacrymale. Ce chapitre est destiné à la description de chacun d'eux.

La méthode la plus généralement suivie est celle de Tood et de O'Beirne. Elle consiste à diviser toute l'épaisseur de la paupière audessous et parallèlement au rebord orbitaire ; on arrive ainsi directement sur la glande. Celle-ci, avec le tissu de nouvelle formation dans le cas de tumeur, est isolée avec soin. On l'attire en avant avec un crochet, puis on la décolle au moyen de la sonde cannelée, des doigts et des ciseaux courbes, en commençant par le côté oculaire. Quand il existe un pédicule vasculaire, et c'est l'ordinaire, on en pratique la torsion ou mieux la ligature en masse.

Dans l'extirpation de la glande saine, s'il survient une hémorrhagie, on doit rechercher l'artère lacrymale, la lier aussi ou en faire la torsion ; on peut se servir encore des irrigations froides ou d'un tamponnement de quelques minutes. Ce mode opératoire doit être modifié dans certaines circonstances. La tumeur peut acquérir un développement extérieur tel, dit Maslieurat-Lagémard, que la paupière supérieure, se trouvant poussée en avant et pendant longtemps, devient beaucoup trop longue après l'ablation de la tumeur.

Pour remédier à cet inconvénient, il suffit de faire une incision ovalaire et d'emporter avec la glande l'excédant de la paupière supérieure. On évitera de la sorte l'inconvénient que O'Beirne n'avait pas prévu. Ch. Textor (Ann. d'oculistique, 1847) décrit un procédé qui ne diffère nullement de celui que nous venons d'exposer.

Contrairement à l'affirmation des auteurs, M. Badal n'a pas vu suppurer la plaie laissée par l'extirpation de la glande lacrymale, plaie qui doit presque toujours se réunir par première intention. Après avoir réuni ses lèvres par quelques points de suture, on appliquera sur la région un pansement antiseptique.

Ces dernières précautions seront toujours les mêmes pour tous les procédés ; mais ce qui varie, ce sont les incisions faites pour arriver jusqu'à la glande.

Lawrence, dans son observation, que nous avons donnée, avait employé le moyen suivant : « Une incision de trois pouces fut faite » au niveau du pli de la paupière supérieure et menée de la racine » du nez jusque vers la tempe. Une deuxième incision coupant la » première à angle droit fut pratiquée dans l'étendue de deux » pouces sur le front et la partie supérieure de l'orbite. Il fut » nécessaire d'en faire une troisième, qui, née de la première, fut » menée à la rencontre de l'arcade zygomatique. » On renverse les lambeaux résultant de cette incision cruciale. Cette façon d'opérer n'est que le procédé de Tood avec des incisions supplémentaires qui tombent sur la première pour permettre de dégager plus facilement la tumeur.

Lawrence recommande, rapporte M. Badal, de ne pas introduire le doigt avec trop de violence dans la cavité orbitaire, de crainte de luxer la glande ; si l'on avait quelques doutes sur la nature des tissus que l'on enlève, il conseille de les diviser, afin de s'assurer qu'on n'a pas extirpé un peloton de graisse, mais bien la glande elle-même, qui, à la section, est dense, brunâtre, et montre la structure globuleuse des glandes en grappe.

Halpin place l'incision sur le sourcil, abaissé jusqu'au niveau du rebord orbitaire et préalablement rasé. Il a pour but de faire cacher par ce sourcil la cicatrice. « Il fait décrire presque les deux » tiers de l'orbite à la première incision, laquelle est faite en ligne

» courbe, à convexité supérieure, commencée immédiatement au-
» dessus du tendon du muscle orbiculaire, et terminée à un demi-
» pouce au-dessus de la commissure externe. Elle divise le sourcil
» dans toute sa longueur, en laissant du côté du front environ la
» moitié de sa hauteur. » Ainsi est exposée, dans une observation
que nous rapportons plus haut, la méthode suivie par Halpin pour
l'extraction de la glande lacrymale. L'extirpation faite, la paupière
est abandonnée à elle-même ; la plaie remonte et la cicatrice se
trouve cachée.

Tillaux conseille le procédé suivant : « Pratiquer à la base de
» l'orbite, au niveau de la queue du sourcil, une incision parallèle
» au rebord de l'orbite traversant toutes les parties molles, y com-
» pris le périoste ; décoller le périoste qui est ici très résistant et
» l'abaisser de façon à ouvrir l'orbite. On rencontre aussitôt le
» feuillet aponévrotique, qui est si mince, que les granulations de
» la glande se voient à travers, et l'on extirpe la glande avec la plus
» grande facilité, en même temps qu'on évite sûrement d'ouvrir la
» loge postérieure de l'orbite. Cet accident sera beaucoup plus à
» craindre, si l'on divise la commissure externe. »

Ces derniers mots visent une méthode dont nous n'avons pas
encore parlé : le procédé de Velpeau. Velpeau débride la paupière su-
périeure par une incision partant de l'angle externe et prolongée vers
la tempe ; la paupière étant relevée donne un large accès sur le siège
de la glande lacrymale. Avant la découverte des pansements antisepti-
ques, ce procédé était généralement repoussé, car la plaie ne se
réunissant que par seconde intention, il résultait une déformation de
l'angle externe de l'œil, qui était attiré au dehors par le resserre-
ment du tissu cicatriciel. Avec le pansement de Lister, cet inconvé-
nient n'est plus à craindre, la réunion par première intention étant
la règle.

Du reste, l'incision au rebord orbitaire n'est pas sans désavantage :
on s'expose à sectionner le releveur de la paupière et à provoquer
ainsi un ptosis permanent ; le muscle droit externe et l'artère tem-
porale ne seraient même pas à l'abri d'une lésion possible.

M. Badal, quand l'état de la région lui laisse le choix, opte pour
le procédé de Velpeau.

« La loge fibreuse de la glande, dit-il, se trouve, après l'opéra-

» tion, cachée profondément, placée à l'abri de l'air et les bords de
» la plaie se rapprochent d'eux-mêmes, si bien que toute suture en
» ce point est parfaitement inutile. Il suffit de suturer la commis-
» sure externe. »

D'autres raisons, que nous avons relevées nous-mêmes en opérant sur le cadavre, militent en faveur de cette méthode. Le relèvement de la paupière supérieure, après le débridement de l'angle externe, met à jour les deux tiers du rebord orbitaire et permet ainsi à l'opération de découvrir largement la région qui l'intéresse, plus largement et avec une incision de moindre longueur, que s'il se servait des autres modes opératoires. De plus, le globe oculaire est constamment sous les yeux du chirurgien, qui peut, mieux à son aise, le ménager ; et, malgré son élasticité et sa mobilité dans la cavité orbitaire, qualités qui lui permettent de finir le traumatisme de lui-même pour ainsi dire, l'œil n'en est pas moins un organe délicat, auquel il sera toujours bon d'éviter, dans la mesure du possible, le choc de l'opération.

Après l'extirpation dans les cas de tumeurs, l'œil saillant au dehors et privé de ses fonctions reprend habituellement sa position et ses facultés visuelles.

Jusqu'à nos jours, les opérations sur la portion palpébrale s'étaient réduites à l'excision des kystes et des adénomes développés dans son domaine. M. Badal, pour la première fois, a essayé d'enlever la glande de Rosenmüller dans sa totalité avec le but d'arrêter un larmoiement.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le passage de son observation qui a trait à cette opération :

« Je n'avais, écrit-il, qu'à reprendre l'incision pratiquée tout d'a-
» bord pour l'ablation de la portion orbitaire, et à la prolonger jus-
» qu'au-dessous de la commissure externe en continuant à longer le
» rebord de l'orbite. Je détachai donc la conjonctive de haut en bas,
» en la disséquant avec précaution, de manière à mettre à décou-
» vert, chemin faisant, les lobules glandulaires, assez difficiles à
» distinguer des pelotons graisseux parmi lesquels ils se trouvaient
» disséminés.

» Pour plus de sûreté, j'enlevai tout, ne laissant en avant que la
» conjonctive fort amincie. Je creusai ainsi une sorte de cupule dont
» la partie la plus profonde se trouvait au-dessus du ligament angu-
» laire externe, et qui, par sa partie supérieure, répondait à la loge
» fibreuse de la portion orbitaire. La réunion de la plaie se fit par
» intention, sauf en quelques points où la conjonctive fort amincie
» et bordée de tissu inodulaire se mortifia. »

Mais après cette opération, la sécrétion ne fut pas tarie entièrement ; donc tous les lobules n'avaient pas été enlevés.

D'où ces conclusions tirées par M. Badal :

« 1° Rien n'est plus difficile que d'enlever en totalité les lobules
» de la portion accessoire, disséminés et comme perdus dans l'épais-
» seur de la paupière.

» 2° Le procédé le plus simple pour aller à la recherche des lobu-
» les palpébraux, consiste à pratiquer une incision longeant le tiers
» externe de l'arcade orbitaire et se prolongeant un peu au-dessous
» de la commissure. »

Pour enlever la portion orbitaire et la portion palpébrale dans la même séance, on fera l'incision de Toood, que l'on prolongera comme il est dit ici.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

Dr BADAL.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Bordeaux, le 30 Novembre 1886.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie.

H. OUVRÊ.

